



UNIVERSITY OF GOTHENBURG
SCHOOL OF BUSINESS, ECONOMICS AND LAW

Digitala vårdapplikationer, avlastning eller belastning för den offentliga primärsjukvården?

En studie om hur organisationsarbetet inom primärvården har förändrats med avseende på digitala vårdapplikationer



Kandidatuppsats i Management VT20

Författare: Amalie Lennartsson & Helena Blomström

Handledare: Mikael Hilmerzon

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till all de som har varit med och bidragit till denna studie, utan er insats hade studie inte varit möjlig att genomföra. Vidare vi vill även framföra ett stort tack till vår handledare Mikael Hilmerzon som med stort engagemang har stöttat och väglett oss genom arbetets gång. Tack!

Amalie Lennartsson

Helena Blomström

Sammanfattning

Till följd av digitaliseringens utveckling och Covid-19, så har introduceringen av digitala vårdapplikationer fått ett stort genomslag på den svenska marknaden. De privata aktörerna var bland de första att kunna erbjuda konsumenter vård via digitala vårdapplikationer och i syfte att minimera vårdköerna, och öka tillgängligheten inom primärvården, subventionerade regionerna dessa besök. Under omorganiseringen i samband med Covid-19, utökade primärvården sitt arbete med digital vård, både i antal användare och tillgängliga tjänster. Samtidigt har det riktats en del kritik gentemot digital vård, framförallt när det kommer till subventionerna, kvalitetsbrister samt det ökade antalet vårdmöten gällande onödig vård. Syftet med denna studie är således att undersöka huruvida digitala vårdapplikationer är en avlastning, eller belastning för den svenska primärvården med avseende på ekonomi, väntetider samt vårdkvalité. Detta besvaras genom *systematic combining* först med en empirisk litteraturstudie rörande tidigare forskning, därefter av en intervjustudie med aktörer inom den offentliga vården. För att kunna sätta detta i relation till organisationsteori så användes teorier inom *institutionell teori*, *byråkratiska system*, *digitalisering*, samt *snabbkapitalism*. Resultatet av studien visar att den offentliga vården under Covid-19 har utökat sin användning av digital vård. Därav ser de inom den offentliga vården en stor utvecklingspotential för dessa tjänster även efter att coronapandemin ebbat ut. Ur ett ekonomiskt perspektiv så förelåg subventionerna primärt att vara en belastning för den offentliga vården, men efter att en reduceringen av subventionerna genomfördes så var detta inte längre ett problem. Den offentliga vården anser istället att digitala vårdtjänster både kan vara ekonomiskt fördelaktiga, samt att de med effektiviserade vårdmöten kan leda till minskade vårdköer. Gällande kvaliteten så saknas det fortfarande tillräckligt med forskning och underlag för att helt kunna besvara om digital vård kan säkerställa en högre kvalitet.

Nyckelord: Digitala vårdapplikationer, Offentlig primärvård, Kvalité, Ekonomi, Vårdköer

Inledning	4
1.1 Bakgrund	4
1.1.1 Vårdapplikationer under 2020 med Covid-19	4
1.1.2 Digitala vårdapplikationer innan 2020	5
1.2 Problemformulering	6
1.3 Syfte	7
1.4 Frågeställning	7
1.5 Avgränsningar	7
Metod	8
2.1 Systematic Combining	8
2.2 Analysmetod	9
2.3 Forskningsstrategi	9
2.3.1 Fallstudie	10
2.3.2 Metod för grundstudie	10
2.3.3 Kvalitativ metod	11
2.3.4 Analys och diskussion	12
2.4 Tillvägagångssätt	12
2.4.1 Val av intervjupersoner	12
2.4.2 Semistrukturerade intervjuer	12
2.5 Metoddiskussion	13
2.5.1 Metodkritik och etiska överväganden	13
2.5.2 Validitet och reliabilitet	14
Teoretisk referensram	15
3.1 Institutionell teori	15
3.2 Byråkratiskt system	15
3.3 Snabbkapitalism	16
3.4 Digitalisering	17
Empiri - Digitala vård applikationers introduktion på den svenska marknaden	18
4.1 Tidigare forskning om digitala vårdapplikationer	18
4.1.1 Forskningsunderlag inom den digitala vården	18
4.1.2 Tillgänglighet och användare	19
4.1.3 När är digital vård lämplig	20
4.1.4 Vårdkvalité	21
4.1.5 Kostnader	22
4.1.6 Väntetider	22
4.2 Intervjustudie	23
4.2.1 Användning	23
4.2.2 Ekonomi	24

4.2.3 Väntetider	25
4.2.4 Vårdkvalité	27
Analys och diskussion	29
5.1 Analys Ekonomi	29
5.2 Diskussion Ekonomi	30
5.3 Analys Väntetider	31
5.4 Diskussion Väntetider	32
5.5 Analys Vårdkvalitet	33
5.6 Diskussion Vårdkvalité	35
6. Slutsats	36
6.1 Slutsats	36
6.2 Studiens bidrag	37
6.3 Implikationer	37
6.4 Begränsningar och fortsatt forskning	37
7. Referenslista	38
8. Appendix 1. Intervjufrågor	41

1. Inledning

Denna studie avser att analysera huruvida digitala vårdapplikationer är en avlastning, eller belastning för den svenska primärsjukvården. Här presenteras först en kort bakgrund till studien som sedan mynnar ut i en problemformulering. Avslutningsvis presenteras studiens syfte, frågeställning och avgränsning.

1.1 Bakgrund

Syftet med detta avsnitt är att ge läsaren en allomfattande bakgrundsbeskrivning, vilken ska leda fram till studiens problemformulering. Slutligen kommer studiens syfte och frågeställning att presenteras.

1.1.1 Vårdapplikationer under 2020 med Covid-19

I slutet av december 2019 kunde kinesiska myndigheter bekräfta att de identifierat ett nytt coronavirus, Covid-19 (Folkhälsomyndigheten, 2020). Med anledning av Coronavirusets utbrott har flera länder världen över tvingats anpassa sig i syfte att begränsa virusets smittspridning. Medan många länder har valt att sätta sig i full karantän, har svenska myndigheter istället gått ut med direktiv om att undvika sociala sammankomster, samt att de som kan, även ska arbeta hemifrån. Vidare uppmanas även människor med märkbara symtom att hålla sig inomhus och sätta sig i självkarantän. Dessa uppmaningar ämnar till att minimera den snabba smittspridningen av viruset och därmed bidra till att sjukvården inte blir överbelastad.

Till följd av regeringens direktiv har allt fler människor valt att söka vård via digitala vårdapplikationer istället för genom fysiska vårdmöten. Det ökade användandet av vårdapplikationer kan dels bero på att man vill undvika risken att själv bli smittad, och dels på grund av att riskera smitta någon annan (SVT, 2020). Personer som uppvisar symtom på Covid-19 ges rådet att i första hand kontakta läkare digitalt, eller att ringa 1177. De får då beskriva sina symtom och därefter invänta samtal från en infektionsläkare som gör bedömningen huruvida patienten ska, eller inte ska testas för Covid-19 (Vården.se, 2020).

Coronavirusets utbrott har lett till att användning av just digitala vårdapplikationer kraftigt har intensifierats under senaste tiden. Innan coronapandemin, var antalet användare av digitala vårdapplikationer runt en miljon, vilket var en ökning om cirka 67% jämfört med föregående år. Det ökade användandet förväntades sedan öka med cirka 10% per månad (Lagerros et al., 2019), detta var dock var innan Coronavirusets utbrott. Nya undersökningar visar dessutom att besök avseende hosta och halsont har ökat med cirka 50% jämfört med liknande besök innan virusets utbrott (SVT, 2020). Denna ökning gäller främst äldre personer som utgör en riskgrupp och som kanske inte vågar, eller bör uppsöka vårdcentraler fysiskt

(SVT, 2020). Den nya situationen till följd av coronapandemin har skapat ett behov av en snabbare utveckling av befintliga vårdtjänster, vilket vidare hade kunnat beskrivas som snabbkapitalism. Snabbkapitalism är en term som bygger på idén att nya förutsättningar skapar nya möjligheter, och att snabba beslut oftast kan fattas inom området (Agger, 2004).

1.1.2 Digitala vårdapplikationer innan 2020

Det finns idag en rad olika definitioner av vad digital vård innebär, den mest framträdande definitionen är dock den från Socialstyrelsen, vilken lyder:

“ Den hälso- och sjukvård som sker genom digital distanskontakt, det vill säga genom någon form av digital kommunikation där en identifierad patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda ”

(Socialstyrelsen, 2018, s. 9)

År 2013 grundades MinDoktor följt av KRY som lanserades året därpå. Båda är digitala vårdtjänster som erbjuder läkarbesök online där patienten ges möjlighet att kommunicera med en läkare genom bland annat videosamtal. I slutet av december 2015, tecknades det första avtalet mellan ett av Sveriges landsting och den digitala vårdapplikationen KRY. Syftet med avtalet var att ge subventioner för de läkarbesök som ägde rum via applikationen (Svensson & Almgren, 2018). Avtalet ledde sedermera till att fler landsting valde att gå in och subventionera denna typ av vårdverksamhet. Landstingens subventioner strävar efter att täcka en del av de kostnader som vanligen uppkommer i samband med att ett digitalt vårdmöte genomförs, samt att avlasta vårdcentralerna och att korta ner kötiderna (Sjögreen, Andersson & Åsberg, 2017).

Introduceringen av digitala vårdapplikationer är ett relativt nytt och utforskat område. Mot denna bakgrund finns således en begränsad kunskap kring de potentialer och problematik som dessa applikationer kan ge upphov till. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tagit fram en förstudie kring patienters attityder och erfarenheter gällande digitala vårdapplikationer. Resultatet visade att patienter generellt har en positiv inställning, vilken främst härleds från applikationernas tillgänglighet, men även bekvämligheten med att kunna få vård hemifrån (IVO, 2019). En studie av Lundwall (2019) visade även den att patienter har en positiv inställning gentemot digitala vårdapplikationer. Ytterligare framkom även fördelar med att användarna själva kunde påverka tiden för när läkarbesöket skulle äga rum. Avslutningsvis ansåg dessutom en majoritet av de tillfrågade att digitala vårdapplikationer tenderar att minimera belastningen på den primära sjukvården (Lundwall, 2019).

Under 2017 uppgick de totala kostnaderna för landstingens subventioner för digitala vårdbesök till 152 miljoner kronor (Svensson & Almgren, 2018). Denna data kan jämföras mot de 45 miljarder som utgjorde primärvårdens totala budget samma år. Av dessa utgjorde vidare 24,5 miljarder kronor kostnader för läkarbesök. Av alla läkarbesök som genomfördes var endast 1,6 procent besök via en digital vårdapplikation (IVO, 2019). I januari 2017

beslutade Sveriges kommuner och Regioner (SKL) att det skulle ske en minskning av landstingens subventioner till privata vårdaktörer. Den första sänkningen var från 2000 kronor per besök till 1200 kronor (Svensson & Almgren, 2018), och den senaste sänkningen skedde i juni 2019 och slutade på 500 kronor per besök (Nyheter ekot, 2019). I syfte att minimera de kostnader som de privata aktörerna tillför så har flera län valt att starta upp sina egna digitala vårdapplikationer.

Under 2017 arbetade 13 av totalt 20 landsting med att själva utveckla digitala system för läkarbesök (Svensson & Almgren, 2018). Att det har tagit längre tid för den offentliga vården att starta upp sina egna versioner av digitala vårdtjänster, kan tänkas bero på de byråkratiska system som den offentliga vården bygger på. Ett byråkratiskt system hämmar ofta möjligheten att vara mer flexibel och nytänkande, detta då dessa organisationer vanligen har specifika riktlinjer och standarder att följa (Mintzberg, 1991).

1.2 Problemformulering

Till följd av den marknad som digitalisering och den tekniska utvecklingen har möjliggjort, har digital vård under mycket kort tid fått stor framfart i Sverige (Lagerros et al., 2019). Men innan denna typ av vård helt kan accepteras bör det övervägas huruvida digital vård är på bekostnad av primärvårdens *ekonomi*, *väntetider*, samt *vårdkvalité* (Sjögreen, Andersson & Åsberg, 2017).

De första rapporterna om bristande sjukvård i samband med digitala vårdbesök inkom 2017, där rapporterna bland annat lyfter fram felaktigheter som uppkommit vid ställda diagnoser och utskrivna receptbelagda mediciner (Svensson & Almgren, 2018). Vidare anser Socialstyrelsen att det saknas tillräckligt med vetenskaplig forskning för att helt kunna avgöra vilken påverkan digitala vårdapplikationer har på bland annat skattemedlen och vårdkvalité (Pisoni, 2018). Även IVO tar upp avsaknaden av forskningsunderlag. De menar att det finns en oro kring hur de subventionerade skattepengarna från landstingen, till de privata aktörerna, har för effekt på primärvårdens budget. En lägre budget för primärvården kan resultera i en försämrad kvalité av vårdverksamheten, samt leda till ett ekonomiskt underskott när det kommer till personal och sjukvårdsmaterial (IVO, 2019). Problemet som föreligger beträffande privata vårdapplikationer är att de får in pengar per varje besök (Merckx, 2018). Utifrån detta kan ett snabbkapitalistiskt system antas eftersom syftet är en ökad lönsamhet snarare än ett långsiktigt fungerande system (Grey, 2017). De landstingsdrivna vårdcentralerna har istället fasta kostnader för varje läkare och fasta avgifter för varje besök som genomförs (Merckx, 2018).

Mot denna bakgrund och brist på tidigare vetenskaplig forskning, tror vi att det föreligger ett behov av en mer fördjupad undersökning kring de organisatoriska påföljder, som digitala vårdapplikationer med avseende på primärvården ger upphov till.

1.3 Syfte

Denna studie avser söka en djupare förståelse för *huruvida digitala vårdapplikationer föreligger att vara en avlastning, eller belastning för den svenska primärsjukvården*. Syftet är således att undersöka hur användningen av digitala vårdapplikationer har kommit att ha för effekt på den offentliga primärvården, samt även undersöka hur privata vårdtjänster har påverkat den offentliga primärvården.

1.4 Frågeställning

Studiens frågeställning är: *Huruvida digitala vårdapplikationer är en avlastning eller belastning för den offentliga primärsjukvården*. I syfte att kunna besvara vår frågeställning vill vi undersöka vilka delar inom primärvården som är mer eller mindre fördelaktiga att hanteras digitalt. Dessutom vill vi ta reda på vilka delar som potentiellt kan utvecklas i framtiden. Detta besvaras genom att undersöka tre huvudområden: (1) Ekonomi, (2) Vårdköer samt (3) Vårdkvalité, med hjälp av följande frågor:

- (1) Hur har ekonomin påverkats till följd av introduceringen av digitala vårdapplikationer, samt hur har landstingens subventioner till de privata aktörerna har påverkat primärvårdens budget?
- (2) Har det skett en minskning eller ökning när det kommer till väntetiderna inom primärvården till följd av möjligheten att få vård via distans?
- (3) Hur har kvalitén på vården förändrats till följd av introduktionen av digitala vårdbesök? Finns det eventuellt något samband mellan kvalitetsförändringar inom den offentliga primärvården från tiden för lansering av de digitala vårdapplikationerna?

1.5 Avgränsningar

Denna studie kommer främst att utgå från den offentliga primärvården, därav kommer den privata sidan inte att få någon framträdande roll i den här uppsatsens. Vi kommer endast försöka klarlägga vilken eventuell påverkan den privata sidan har på den offentliga primärvården.

Primärdata i form av intervjuer kommer endast utgöra aktörer från Västra Götalandsregionen. Studiens primärdata i form av tidigare studier innefattar istället hela Sverige men även också från andra länder.

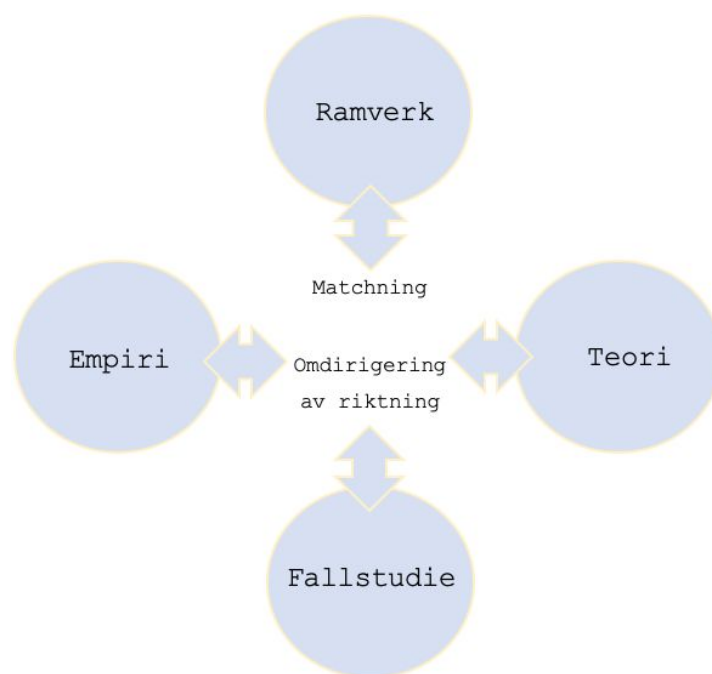
Den tidsperioden som har undersökts är primärt från 2015 till 2020. Detta då det är under denna tidsperiod som digitala vårdapplikationer blev mer väletablerade och aktuella.

2. Metod

Detta avsnitt avser att presentera de analysmetoder som studien bygger på, samt hur dessa har tillämpats i syfte att eventuellt få fram ett resultat.

2.1 Systematic Combining

För att kunna besvara studiens syfte och frågeställning har först en kvalitativ grundstudie använts, denna kompletterades sedan med en kvalitativ forskningsstudie. Grundstudien bygger på sekundärkällor i form av befintlig forskning över hur primärvårdens ekonomi, vårdköer, samt kvalité har förändrats till följd av digitala vårdapplikationers uppkomst. Denna data kommer sedan att ligga till grund för studiens kvalitativa forskningsstudie, där semistrukturerade intervjuer utgör studiens primära källor. Genom att först använda en grundstudie för att sedan komplettera med intervjuer, hoppas vi kunna få en djupare förståelse för den data som tagits fram. Att genomföra en studie på detta sätt kallas för *systematic combining*. Tillvägagångssättet går ut på att sammanställa empiri, teori, ramverk samt fallstudie, för att därefter metodiskt omarbeta de fyra delar i syfte att kunna urskilja och identifiera ett eventuellt mönster eller förhållande (Dubois & Gadde, 2002).



Figur 1: Systematic Combining Källa: Reviderad bild från Dubois & Gadde (2002)

Avslutningsvis har studien genomförts med hänsyn till de forskningsetiska principer som gäller för genomförande av vetenskapliga studier. Då denna studie inte handskas med

känsliga personuppgifter enligt juridisk definition, och utgör en kandidatuppsats, har vi bedömt att studien inte behöver provas enligt etikprövningslagen.

2.2 Analysmetod

Denna studie antar bland annat en abduktiv analysmetod. En abduktiv analysmetod kan enligt Denzin (2009) förklaras som en kombination av både deduktion och induktion men med större fokus på vad som är logiskt. Studien utgår från en viss grundteori, som med tiden kommer att skrivas om alltefter vad som ytterligare framkommer ur empirin. Detta gäller även studiens empiri som också den under arbetets gång kommer att byggas på och ändras beroende på vad för nya data som framkommer. Om den befintliga data visar ett annat mönster eller samband än vad som först antogs, blir nästa steg att gå tillbaka och identifiera mer grundläggande teorier som stödjer detta mönster eller samband. Denna typ av arbetsprocess är fördelaktig att använda i syfte att inte fastna i endast ett angreppssätt, beroende på vad som först utgicks från i teorin. Denna analysmetod möjliggör därmed för mer öppna antaganden vid genomförandet av undersökningar. Abduktiv härledning är följaktligen, i likhet med induktion, en ansats som tar sin grund ur empiriska kunskaper, däremot tar abduction precis som deduktion även hänsyn till en viss teoretisk förståelse och är således en kombination av de båda (Alvesson och Skoldberg, 1994). Studiens teoretiska grund bygger på olika typer av organisationer och arbetsstrukturer. Då studiens första utkast skrevs i ett mycket tidigt skede, krävdes en kontinuerlig omarbetning av såväl empirin som teori under arbetets gång. Efter att den första delen av empirin sammanställts så genomfördes ytterligare omarbetning av teori, detta för att kunna korrigera, ta bort och addera delar för att bättre kunna komplettera studien. Denna process pågick under hela arbetets gång i syfte att kunna säkerställa att endast relevant information som hjälper oss att besvara vår frågeställning fanns kvar.

Ytterligare tillämpar studien även en tematisk analysmetod, denna analysmetod har främst valts på grund av hur studiens empiriska uppbyggnad ser ut. Bryman & Bell (2011) förklarar hur tematisk analys handlar om att utifrån insamlad data kategoriserar återkommande mönster, begrepp eller teman. Detta görs för att få en överblick av vilken information från empirin som kan tänkas vara mest framträdande, eller mer relevant att analysera (Bryman & Bell, 2011). Ytterligare förklarar författarna hur tematisk analys även kan innebära att redan i förväg ha identifierat relevanta teman som därefter går att använda vid studerandet av det empiriska insamlade materialet (Bryman & Bell, 2011).

2.3 Forskningsstrategi

Följande avsnitt tydliggör vilken typ av studie som genomförts, samt vilken arbetsmetod som har använts under arbetets gång.

2.3.1 Fallstudie

Att använda sig av en fallstudie för att kunna analysera ett problem lämpar sig bra om frågeställningen kretsar kring att besvara *hur* och *varför* om ett samhällsproblem. Samhällsproblemet studeras därefter noga för att sedan kunna förklaras och beskrivas (Yin, 2009). Vi kommer genom denna studie studera vilka organisatoriska problem, fördelar och nackdelar, som de digitala vårdapplikationerna med avseende på den svenska primärsjukvården. Information och data som sedan används bör helst kunna samlas in på fler sätt i syfte att ge fallstudien större reliabilitet (Blomkvist, Halling, & Lindell, 2018). Det är därför viktigt att innan studien genomförs ha en plan för hur data ska samlas in och analyseras. För att genomföra en fallstudie beskriver Yin (2009) hur det är fördelaktigt att ta hänsyn till 5 olika steg. Dessa steg är: planering, design, förberedelser, insamling, analysering och informationsspridning. Denna process är inte linjär utan iterativ och ska under arbetets gång kontinuerligt skrivas om i syfte att bättre passa ihop (Yin, 2009). Då studien påbörjades innan coronavirusets utbrott var förutsättningarna i planeringsstadiet, design och förberedelser annorlunda än vad de senare skulle bli. Eftersom studien analyserar vården har många av de tidigare delar som skrevs behövt justeras i syfte att anpassa sig till hur det verkliga utfallet blev, när förutsättningarna för studien förändrades. Ytterligare gäller att den metod och data som ligger till grund för studien kan motiveras, exempelvis; varför har en viss metod valts, och hur motiveras den att ha genomförts på det mest vetenskapliga och korrekta sättet (Blomkvist, Halling, & Lindell, 2018). Anledningen till att vi har valt att både använda en grundstudie och en intervjustudie är för att få en bättre förståelse för hur de som arbetar inom vården upplever introduceringen av vårdapplikationer.

Det finns dock en viss problematik vid genomförandet av fallstudier. Ett vanligt misstag är att inte ta tillräckligt med hänsyn till externa korrelationer och kontexter, vilka kan tänkas ha en signifikant inverkan på studiens utfall. Dock så måste det ske en viss form av avgränsning då det är svårt att täcka in alla faktorer som kan tänkas påverkas av studiens utfall, med undantag för större studier. Det kan även vara så att vissa faktorer som valts att undersökas inte har samma påverkan på studiens utfall som andra faktorer kanske hade haft. Valet att inte ha med dessa faktorer kan dels bero på missbedömning av deras värde eller dels på grund av att de helt enkelt har missats (David & Sutton, 2017). Då studien genomförs under coronapandemin tror vi kan leda till denna typ av påverkan. Vad som stämde för bara några månader sedan behöver inte stämma överens med hur det ser ut idag, dessutom kan tidigare attityder och beteenden ha förändrats i syfte att passa in i den nya verkligheten. Mot denna bakgrund har vi varit klara med att i våra frågor göra det tydligt för att vi undersöker både hur det såg ut innan coronavirusets utbrott, samt hur och vad som har förändrats under covid-19.

2.3.2 Metod för grundstudie

Denna studie bygger på befintlig sekundärdata samt statistik över användningen av digital vård inom primärvården under de senaste åren, samt antalet feldiagnostiserade patienter, väntetider, vårdköer. Avslutningsvis gäller data även patienters upplevelser av vårdkvaliteten

och hur den eventuellt har förändrats under de senaste åren. Att den är kvalitativ beror på att den bygger på tidigare forskningsanalyser och tolkningar av data, och inte endast vad data och siffror visar (Bryman & Bell, 2011). I den kvalitativa grundstudien så är det sekundärkällor som har använts. Definitionen av sekundärkällor är att data som använts kommer från redan befintliga data och statistik, alltså data som samlats in och summerats i ett annat syfte än för aktuell studie (Davis & Sutton, 2017). Problemet när det kommer till användning av sekundärdata är att den till viss del är begränsad i sitt användande, detta då den inte alltid förefaller vara optimal för ens egen studie och syfte. Således gäller att först ta reda på vilken typ av data som är tillgänglig, därefter gå tillbaka i studien och eventuellt ändra i syfte och frågeställning beroende på hur data kan användas. Ytterligare kan en problematik vara att data eventuellt är felvinklad eller framställd på ett sätt som för skribenten är passande (Blomkvist, Halling, & Lindell, 2018).

2.3.3 Kvalitativ metod

För att kunna besvara studiens forskningsfråga kommer studien även anta en kvalitativ forskningsmetod. Insamlad data har därmed representerats genom kvalitativa aspekter i form av åsikter och iakttagelser (Blomkvist, Halling, & Lindell, 2018). Aktuell data har således samlats in genom intervjuer från offentliga sektorn. I syfte att underlätta för informanterna på grund av coronaviruset och dess omständigheter, gavs samtliga möjligheten att besvara frågorna antingen via en intervju eller skriftligen. Enligt Bryman & Bell (2011) beskrivs en kvalitativ metod som tolkande och induktiv, det vill säga metoden avser ge en djupare förståelse för individers beteende, samt hur de uppfattar och tolkar verkligheten. Detta uppnås bäst genom intervjuer då de ofta skapar ett djupare samtal som ofta leder till att informantens egna åsikter och uppfattningar tydligare genomsyras. Men mot bakgrund av coronaviruset utbrott var det ett flertal informanter som avböjde en intervju, därav fick vi nöja oss med en del skriftliga svar. Problemet med skriftliga svar är att de är något begränsade och sällan fångar det "extramaterial" som vanligen uppstår vid en vanlig intervju. Samtidigt är det bättre att få skriftliga svar än att informanten väljer att avstå och betydande material helt bortfaller.

Fördelen med att använda en kvalitativ metod är att erhålla en större, och bredare mängd information än vad som från början kanske var menad (Blomkvist, Halling, & Lindell, 2018). Enligt Bryman & Bell (2011) har en studies informationsunderlag avgörande betydelse för hur detaljerad och intensiv studiens granskning kommer att bli. Men å andra sidan kan kvalitativa metoder vara problematiska vid jämförelse av intervjuer. Föreligger en stor variation mellan informanterna svar, så kan det vara svårt att dra generella slutsatser utifrån dessa (Blomkvist, Halling, & Lindell, 2018; Eliasson, 2018). För att undvika detta så har vi använt oss att relativt strukturerade frågor som skapar riktlinjer för hur respondenterna svarar, samtidigt som frågorna är relativt öppna, vilket skapar möjlighet för en dialog snarare än ett kortare svar. Ytterligare kan informanter ha en tendens att överdriva situationer eller händelser, vilket i sin tur kan resultera i att opponenter drar felaktiga konklusioner av en viss händelse (Bryman & Bell, 2011). Kvalitativa metoder saknar ofta objektivitet och kan istället sägas vara subjektiva, vilket är en etablerad kritik gentemot användningen av denna metod. I

syfte att minimera eventuella feltolkningar av informanternas svar, avslutades varje fråga med att vi själva gav en kort sammanfattning av hur vi tolkat informanternas svar, detta gjordes i syfte att ta reda på huruvida tolkat svaret korrekt eller felaktigt.

2.3.4 Analys och diskussion

Studiens analys och diskussion är integrerade och ligger således under samma avsnitt. Detta för att läsaren enklare ska kunna jämföra olika data som samlats in inom de tre huvudområdena: ekonomi, vårdköer och kvalite. I analysen så jämförs först studiens teoretiska grund, data från grundstudien samt data från de insamlade intervjuerna. Kopplingar mellan de olika datamaterialen dras sedan för att kunna besvara studiens syfte och frågeställningar. Därefter så följer en diskussion inom samma teman för att ge subjektiva resonemang från författarnas sida om hur informationen från analysen kan tolkas och även vidare spekuleras i andra riktningar. Detta för att kunna skapa ett samband som inte tydligt kan tolkas i analysen men som kan vara effekter från de slutsatser som tydligt kunnat dras.

2.4 Tillvägagångssätt

Denna del avser att beskriva hur selekteringen av intervjupersoner för den kvalitativa metoden har gått till, samt hur dessa intervjuer sedan genomfördes.

2.4.1 Val av intervjupersoner

Då denna studie genomfördes under coronapandemin, stötte vi på stora svårigheter med att få tillgång till informanter. Många av de som kontaktades hade inte tid eller möjlighet att delta i studien. Detta har lett till att studiens empiriska data bör ses som något begränsad till skillnad från vad den hade varit under normala omständigheter. De större privata aktörerna såsom KRY och MinDoktor kontaktades vid ett flertal tillfällen utan respons. Efter ett flertal ansträngningar fick vi tillslut ge upp, därav kan denna studie anses något vinklad då den till stor del utgår från den offentliga primärvården. Detta är vidare något som försökts undvikas genom att komplettera studien med data från tidigare forskning. Inom den offentliga primärsjukvården valde vi att kontakta ett flertal vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen. Majoriteten av de som kontaktades svarade inte. Endast 10 personer svarade på vår förfrågan om att medverka, varpå 5 avböjde direkt. De som avböjde direkt förklarade att de antingen inte arbetar med digital vård eller att de inte har tiden att delta. Av de 5 som valde att delta ville 3 besvara våra intervjufrågor via mail, medan 2 valde att ställa upp på en bandad intervju. De som valde att svara via mail arbetade till viss del med digital vård medan de som ställde upp på en bandad intervju arbetar direkt med digital vård.

2.4.2 Semistrukturerade intervjuer

En förutsättning vid genomförande av en intervjustudie är att personerna som intervjuas är väl integrerade inom det valda området. I syfte att få till en mer öppen dialog var intervjuerna semistrukturerade, detta innebar att informanterna mer fritt kunde svara på frågorna och föra

dialogen framåt. För att förbereda informanterna inför varje intervju, tillhandahölls frågorna i förväg, inkluderade i Appendix 1. Syftet var att de skulle kunna ta fram specifik data eller annan information innan, istället för under intervju. Ytterligare ställdes också följdfrågor, vilka var till för att få fram mer utvecklade svar. Vidare inleddes varje intervju med att informanterna gavs möjlighet att presentera sig själva, samt redogöra för inom vilket område de är verksamma inom. Detta var sedermera för att etablera en naturlig och avslappnad miljö både för oss och för informanterna. Intervjuerna pågick vidare under cirka en timme.

Nackdelen med att semistrukturerade intervjuer är att de lätt kan leda till en för bred bild av verkligheten, som dessutom kan vara svår att koppla till andra intervjuer. Detta kan göra det svårt att i efterhand dra nonfigurativa slutsatser. Det är vidare mot denna bakgrund som vi har valt att bygga intervjufrågorna efter det kvalitativa tillvägagångssättet. Genom att i förväg skriva ner anpassade frågor kan ett resultat som är lättare att jämföra erhållas (Blomkvist, Halling, & Lindell, 2018; Eliasson, 2018). Intervjuerna spelades in, med informanternas godkännande, vilket gjorde det möjligt att kunna gå tillbaka och lyssna på intervjuerna i efterhand, samt försäkrade oss om att vi redovisat svaren på ett riktigt sätt. Ytterligare, i syfte att inte störa pågående intervjuer valde vi att inte föra några anteckningar (Eliasson, 2018), fokus låg istället på att upprätthålla en trevlig och naturlig dialog. Avslutningsvis är alla informanter anonyma, detta då det inte har någon påverkan för vår studie.

2.5 Metoddiskussion

Detta avsnitt syftar till att ifrågasätta studiens validitet och reliabilitet. Det avser även att visa hur författarna har arbetat med att etablera en så verklig bild av fallstudien som möjligt.

2.5.1 Metodkritik och etiska överväganden

När en studie genomförs är det viktigt att urskilja vilken typ av data som är mer eller mindre relevant att använda under studiens arbetsgång. Ytterligare gäller det att kunna identifiera huruvida den selekterade data är sanningsenlig eller ej, detta i syfte att ge studien trovärdighet (Bryman & Bell, 2011). Vid genomförande av en studie är det viktigt att skribenterna vidhåller en viss grad av objektivitet. Tenderar författarna att i en förstorad utsträckning inkludera egna åsikter eller känslor kan arbetet uppfattas som missvisande. Samtidigt föreligger vissa svårigheter med att helt utesluta egna åsikter och känslor. Exempelvis kommer skribenternas åsikter att påverka utfallet av vilken metod som valt, vilken inriktning studien följer samt tolkningar av insamlad data (David, & Sutton, 2017). För att försöka att minimera författarnas inverkan på datan så samlades informationen både in från skriftlig sekundärdata och primärdata i form av intervjuer. Då ämnet är gällande vården så var informanterna tydliga med att den information som samlades in skulle bli anonymiserad, för att inte ta med information som kan vara konfidentiell. De intervjuade är därför också anonyma för att skydda informanterna. Vi har även varit tydliga med att förklara i vilken syfte intervjuerna ska användas och erbjudit informanterna att få ta del av uppsatsen.

I syfte att tydliggöra vad som är oberoende och vad som har författats under påverkan är det viktigt att det tydligt framkommer ut metoden. En studies metod ska således tydligt redogöra för hur studien har genomförts, vilka val som har gjort samt även presentera motiveringar till dessa val. Detta ska ge läsaren möjlighet att veta på vilka grunder som valen har gjorts och vad som påverkats under studiens gång (David, & Sutton, 2017). Därav är alla steg och val som uppkommit i denna studie beskrivna i metoden. Detta för att tydligt beskriva för läsaren vad som är saklig information och vad som är författarnas egna åsikter. Författarna har även genom arbetets gång försökt ha en neutral syn på ämnet och inte inkludera egna värderingar.

2.5.2 Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitet är två nyckelbegrepp som har stor betydelse och är viktiga att ta hänsyn till när en studie genomförs (Bryman & Bell, 2011). Vid utformning av en metod så skiljer man vanligtvis på intern och extern validitet. En metods interna och validitet avser främst att ge stöd för studiens trovärdighet. Bryman & Bell (2011) beskriver hur intern validitet bland annat verkar genom triangulering och deltagarkontroll. De som deltar i en studie ska ges möjlighet att kunna ändra eventuella felsvar om de i efterhand inser att de kanske missuppfattat eller feltolkat någon fråga. Tas det ingen hänsyn till deltagarnas möjlighet att korrigera svar, om dessa feltolkats, tenderar den använda data att bli felaktig, vilket i sin tur minskar studiens trovärdighet (Bryman & Bell, 2011). Vidare beskrivs hur intern validitet också kan verka genom triangulering. Triangulering handlar, till skillnad från deltagarkontroll, om att se på ett problem utifrån flera synvinklar eller perspektiv. Genom att författarna visar att problemet har studerats utifrån fler perspektiv, visas en medvetenhet om att det finns andra eventualiteter som kan påverka det eventuella utfallet, vilket ger tillförlitlighet (Bryman & Bell, 2011). Slutligen beskrivs extern validitet, denna validitet avser att ge läsaren möjlighet att generalisera och tolka studiens slutresultat. Vi har efter varje ställd fråga i våra intervjuer sett till att upprepa informanternas svar i syfte att säkerställa att vi uppfattat dem på ett så korrekt sätt som möjligt. Informanterna har då fått möjlighet att omformulera sina svar i syfte att minimera eventuella missförstånd.

En studies reliabilitet handlar främst om de tekniska hjälpmedel som använts under studiens gång har varit tillförlitliga eller inte. Att kunna mäta kvalitén på de hjälpmedel och mätinstrument som använts har en avgörande betydelse för en forsknings reliabilitet. Ytterligare har skribenters tidigare erfarenheter kring forskning och studier även visat sig ha stor betydelse för reliabiliteten. Vid granskning av kvalitén av hjälpverktyg kan det handla om huruvida diktafoner eller datorer har varit defekta eller inte, detta är något som också påverkar studiens reliabilitet (Bryman & Bell, 2011). Inför intervjuerna så spelades därför hela in, med informanternas godkännande, för att säkerställa att informanterna blivit rätt citerade. Att båda författarna redan skrivit varsitt tidigare kandidatarbete och därav har god kännedom om det strukturella arbetet kan ha varit fördelaktigt för reliabiliteten för studien.

3. Teoretisk referensram

Följande avsnitt avser att introducera det teoretiska ramverk som ligger till grund för studiens undersökning och empiriska datainsamling. Kapitlet ämnar att ge en överblick över de koncept och antaganden som bidrar till diskussionen kring huruvida digitala vårdapplikationer är, eller inte är, en belastning för primärsjukvården.

3.1 Institutionell teori

Czarniawska (2017) beskriver institutionell teori som när en grupp gemensamt går ihop och arbetar med kollektiva handlingsmönster och delade normer. Dessa typer av normer behöver inte vara medvetet utformade, utan kan naturligt ha växt fram ur människans behov av att skapa mönster, mening och sammanhang. Detta förenklas genom att saker sker naturligt samtidigt som det skapar tid för reflektion, samt minskar risken för kaos inom gruppen. Detta stämmer även överens med hur Eriksson-Zetterquist (2009) beskriver institutionell teori. Hon beskriver hur denna typ av organisationsform verkar enligt vad som redan är ett givet handlingsmönster. Istället för att följa det som anses vara mest rationellt, så bygger dessa typer av organisationer på formella och informella regler som skapats internt. Vårdbranschen utgör ett tydligt exempel när det kommer till institutionella teorier, då organisationsformen bygger på internt uppbyggda strukturer och sällan involverar rationella överväganden. Vanligen genomförs saker även på liknande sätt som de tidigare alltid har genomförts. Detta kan kopplas till Czarniawskas (2017) idéer om att institutionella val bygger på att det har skapats moraliska mönster som valen sedermera grundar sig i. Ytterligare finns det även regler för hur och på vilket sätt saker bör göras och på så sätt skapar dessa institutioner sin egen omgivning.

Människors handlingar bygger till stor del på kulturella normer som redan finns i vår omgivning. Vi är sällan medvetna om dess påverkan, utan styrs istället av känslor och intuition där rationaliteten får ett mindre utrymme (Czarniawska, 2017). Eriksson-Zetterquist (2009) beskriver hur uppbyggnaden av dessa handlingsmönster kommer ur att institutioner skapats genom att människor som delar samma eller liknande mål går ihop. När behoven sedan ska uppfyllas, är det vanligen liknande beteenden och handlingar som belönas. När det till slut finns en stark och väletablerad procedur och struktur av hur handlingar förväntas genomföras, så har en institutionell organisation uppkommit. Avslutningsvis förklarar Czarniawska (2017) hur det även kan vara bra om uppkomna strukturer och sociala former av interaktion bevaras, detta då de kan föras vidare till nästkommande generationer.

3.2 Byråkratiskt system

Mintzberg (1991) liknar byråkratiska organisationer med en maskin. Han menar, att likt maskiner så kännetecknas byråkratiska organisationer av struktur och standardisering. Vidare förklarar Grey (2017) att tanken bakom att driva en byråkratisk organisation är effektiviseringen genom struktur. Med det menas att regler och lagar ligger i fokus, så att

inga oklarheter kring hur arbetsuppgifter ska skötas finns. Denna definition av byråkrati styrks av Lundahl och Lindahl (2015), som menar att förutsägbarhet, stabilitet, standardisering och rättssäkerhet är ideal inom det byråkratiska förhållningssättet. Huruvida byråkrati leder till effektivitet är dock omdiskuterat. Mintzberg (1991) menar att byråkrati snarare kan leda till minskad effektivitet i och med att flexibiliteten och andra perspektiv hämmas. Vidare argumenterar Regnér (2003) för att centralt styrda organisationen tenderar att i större utsträckning vara mindre flexibla, kontra organisationer med beslutstagare verksamma i periferin.

Lundahl och Lindahl (2015) diskuterar även att förvaltningar så som sjukvården är under stort politiskt inflytande, men också av samhället. Utifrån de lagar och förordningar som sjukvården måste förhålla sig till arbetar de ändamålsenligt med avsikten att kunna genomföra arbete på ett så korrekt och effektivt sätt som möjligt. Mot bakgrund av de lagar och förordningar som finns, menar Mintzberg (1991) att sjukvården har haft svårt att helt kunna anpassa sig till nya behov inom vården. Detta då sjukvården antar en byråkratisk organisationsform som begränsar möjligheterna att vara flexibel, snabb eller uppmuntrande till innovativa idéer. En oförändrad omvärld kan därmed ses som en fördel för en organisation med en byråkratisk strategi. Detta eftersom att det byråkratiska systemet ämnar nå effektivitet genom standardisering, och ju fler saker som förändras desto svårare är det att standardisera allt (Grey, 2017; Mintzberg, 1991;). Men när nya framsteg görs i omvärlden så kan dessa uppsatta system istället vara till nackdel, då de kan förhindra positiva utvecklingar som inte följer den nuvarande strukturen.

3.3 Snabbkapitalism

Snabbkapitalism beskrivs av Agger (2004) som snabb i två bemärkelser, där den första handlar om att organisationer bör vara snabba när det kommer till att fatta beslut. Detta eftersom att i en snabb och föränderlig omvärld är det viktigt för organisationer att kunna hänga med. Den andra bemärkelsen avser en uppluckring av de sociala gränserna, där människan alltid förväntas vara uppkopplad och kontaktbar, oberoende tid eller var de befinner sig. Vidare förklarar Grey (2017) hur snabbkapitalism handlar om hur företag och organisationer bygger sin verksamhet på snabba beslut, rörlighet och förändringar. Mycket handlar därför om att kunna skapa lönsamhet för aktieägarna och göra vinster, dock saknas ofta en stabil grund vilket gör intentionerna långsiktigt ogynnsamma. Detta beteende kan tänkas bottna i att organisationer ofta är ivriga att följa snabba föränderliga markandssvängar. På kort sikt är detta ofta mycket lönsamt, men det som blir problematiskt är när det blir sämre tider och marknaden inte längre är lika stabil. Under dessa tider måste organisationer vara beredda på eventuella nedgångar, vilka kan tvinga de att behöva ändra sina mål. Ytterligare kan det även tänkas bli problematiskt när förväntningarna att kunna leverera vinster under en allt mer krympande tidsram ökar (Grey, 2017).

Att människor vill ha möjlighet att få vård hemifrån är också kopplat till snabbkapitalismen. Agger (2004) tar upp att fler nu kan jobba hemifrån och göra saker via distans. Att inte

behöva åka någonstans för att få saker gjorda kan vara positivt eftersom att det förenklar processen genom att reducera transport och väntetid. Samtidigt finns det en viss problematik i denna typ av verksamhet. Som Grey (2017) tar upp så saknar ofta personer som är anställda vid dessa typer av företag ofta samhörighet med företaget. Företagen som verkar inom snabbkapitalismen är ofta hastigt uppstartade och saknar den stabila grund och tillhörighet som mer långtgående organisationer skapar över tid. Personer som jobbar inom kortsiktiga företag känner heller sällan någon lojalitet mot företaget, utan går endast dit för att göra sitt jobb och sedan gå hem. I stabila och mer väletablerade organisationer får arbetet en större betydelse, och blir oftast mer än bara ett jobb. Det handlar således inte endast om att få arbetet gjort i syfte att få lön, utan prestigen ligger i vetskapen om att de är en del av verksamheten och organisationen (Grey, 2017).

3.4 Digitalisering

Digitaliseringens framfart tillsammans med den tekniska utvecklingen har haft en stor inverkan och betydelse för hur vårt samhälle fungerar och ser ut idag. Hagberg, Sundström och Egels-Zandén, (2016) beskriver en stigande trend i användandet av olika multiverktyg och menar att det är ett resultat av digitaliseringens raseri. Internetstiftelsen (2019) visar även att 98% av Sveriges befolkning använder någon form av mobil enhet idag. Denna utveckling har bland annat möjliggjort för företag att på ett effektivt sätt nå och kommunicera med konsumenter, detta genom bland annat innovativa informations- och kommunikationsteknologier (Hagberg, et. Al., 2016). Men för att kunna vara i fas med digitaliseringens utveckling är det samtidigt viktigt att organisationer och företag är villiga att anpassa sig efter den (Beer & Nohria, 2002).

Digitaliseringen ställer idag högre krav än någonsin på organisationers förändringsarbete, vilket mer eller mindre tvingar de att ständigt vara snabba med att uppmärksamma nya trender och nya kommunikationssätt (Beer & Nohria, 2002). Czarniawska (2017) förklarar hur ledarna inom en organisation förväntas att efterfölja nya trender, men å andra sidan argumenterar hon samtidigt för ledningens skyldighet att skydda organisationer från så kallade "modeflugor". Vidare beskriver Czarniawska (2017) hur mode och trender snarare bör ses som processer än ett resultat av något. Om företag och organisationer är villiga att anamma och följa dagens olika trender som digitaliseringen skapar, menar hon att organisationer på lång sikt även kommer att förankra både tradition och institution som utvecklats genom digitaliseringen (Czarniawska 2017).

4. Empiri - Digitala vård applikationers introduktion på den svenska marknaden

Följande avsnitt är uppbyggd i två delar, den första delen avser att redovisa befintlig data om användningen av digitala vårdtjänster. Den andra delen är en intervjustudie med aktörer

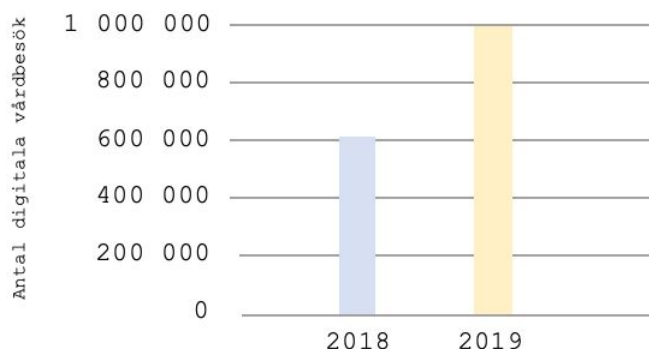
från den offentliga primärvården, för att skapa en bild av hur vårdgivare arbetar med digital vård.

4.1 Tidigare forskning om digitala vårdapplikationer

Denna del ämnar att presentera tidigare forskning kring vilka som utgör användarna, digitala vårdens lämplighet, kvalitet och kostnader samt avslutningsvis väntetider.

4.1.1 Forskningsunderlag inom den digitala vården

Digital vård har under senare år fått ett ökat förtroendet vilket, enligt Lagerros et Al. (2019), beror på tjänsternas tillgänglighet, dess väntetider, kostnader och vårdkvalité. Totalt ökade användandet av digitala vårdtjänster mellan 2018 och 2019 med cirka 67% och förväntas fortsättningsvis öka ytterligare med cirka 10% per månad, se figur 1, (Lagerros et Al., 2019), innan coronapandemin.



Figur 1: Antal digitala vårdbesök 2018 och 2019. Källa: Reviderad bild från Lagerros et al. 2019

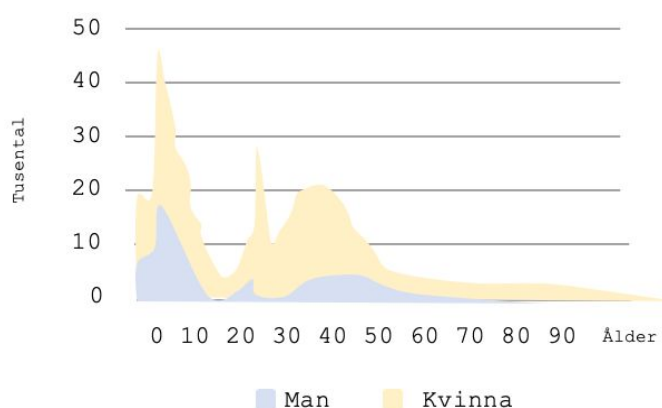
Lagerros et Al. (2019) förklara att det dock fortfarande saknas tillräckligt med forskning för att kunna utvärdera hur de digitala vårdmötena genomförs, samt vilka systemeffekter applikationerna kan resultera i. I arbetet med att minimera riskerna så har socialstyrelsen arbetat fram en medicinsk procedur av kontroller inom bland annat uppföljning och kvalitetssäkring (Sparrs, 2018). Digitala vård saknar dock möjlighet att genomföra en fysikalisk undersökning, alltså att kontrollera patientens puls, blodtryck eller syremätning. Denna information kan vara väsentlig, i syfte att kunna ställa en säker och korrekt diagnos (Lagerros et Al., 2019).

4.1.2 Tillgänglighet och användare

Enligt Lagerros et. Al. (2019) har tillgänglighet varit en stor orsak till det ökade användandet av digitala vårdtjänster. Tillgängligheten inkluderar kortare väntetider, längre öppettider, demografiskt distans, kostnader, kompetens hos vårdgivarna samt patienters förmåga att förstå tillhandahållen information (Lagerros et. Al., 2019). Tillgänglighet är en bekvämlighet som många patienter efterfrågar då de fysiskt slipper ta sig till vårdcentraler (IVO, 2019). När det kommer till avgifterna för digital vård så är det beroende på om mötet sker via chatt, eller

telefon som är gratis eller till en låg avgift, eller videosamtal som har en högre avgift (Lagerros et. Al., 2019).

Statistik visar att en majoritet av användarna är individer boende i storstadsområden. Av dessa är det vanligast vårdnadshavare till personer under 15 år, där kvinnor som utgör det största användarantalet, se figur 2 (Lagerros et. Al., 2019). Det finns en uppfattning om att det främst skulle vara äldre och kroniskt sjuka individer som använder digitala vårdtjänster. Denna uppfattning bygger främst på att de inte har samma fysiska möjlighet som exempelvis en yngre person att transportera sig till vårdcentraler. Enligt Lagerros et. Al. (2019) är denna uppfattning indirekt felaktig, forskningen visar att äldre och kroniskt sjuka inte alls utgör några större användare av digitala vårdtjänster. Lagerros et. Al. (2019) förklarar hur detta kan bero på att de inte är lika tekniskt orienterade som yngre generationer (Lagerros et. Al., 2019). En studie över användandet i Jönköpings län visade att 70% av de som använder digitala vårdtjänster var individer mellan åldrarna 0-30 år. Majoriteten av deltagarna under den undersökta tidsperioden visade sig bara ha använt tjänsten en gång. Enbart ett fåtal individer visade sig ha använt tjänsten vid mer än ett tillfälle, där endast 0.09% av studiens deltagare använt tjänsten fler än 20 gånger (Gabrielsson-Järhul, Areskoug-Josefsson & Kammerlind, 2019).



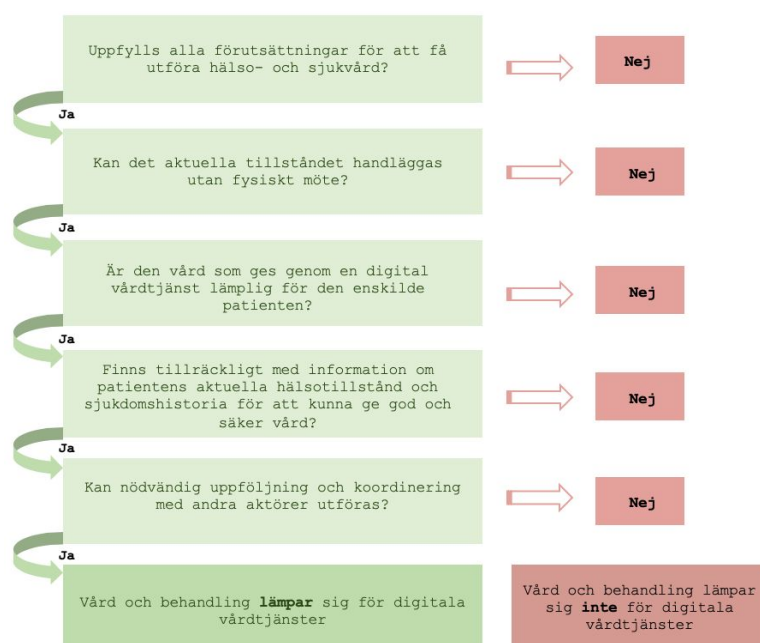
Figur 2: Fördelning av digitala vårdbesök över olika åldrar. Källa: Reviderad bild från SKR (2019)

Ytterligare framkommer heller inga indikationer att patienter skulle uppsöka vad som kan beskrivas som *onödig vård*. Onödig vård grundar sig i problemet i behovet att ständigt vilja uppsöka läkarvård. Istället skulle detta kunna beskrivas som ett behov som tidigare inte tillgodosetts innan den digitala vården introducerades (Lagerros et. Al., 2019). Många som använder digitala vårdtjänster förklarar att användandet till stor del beror på att de inte vill belasta primärvården med enklare rådgivning. Detta innefattar förnyande av recept eller sjukintyg för vård av sjukt barn. Många patienter anser att digital vård helst genomförs via videosamtal, då det i vissa fall krävs en bild eller videomaterial för att kunna få en bedömning. Därför anser många att tjänster som 1177, som bara ger rådgivning via telefon

har sämre kvalite då de anser att vården uppfattas som mer säker och tillförlitlig om den kan genomföras via en videotjänst (Gabrielsson-Järhul, et. Al., 2019).

4.1.3 När är digital vård lämplig

Det finns idag en rad olika riktlinjer när det kommer till digital vård, vilket bland annat innefattar att göra patienten införstådd med att vården ges på distans eller digitalt. En person som innehar en yrkesutbildning inom hälso- och sjukvård ska kunna kontrollera patientens identitet och därefter kunna göra en bedömning ifall distansvård är lämplig för en patient. Dessutom måste journaler kunna föras och sparas på ett säkert sätt, samt att det ska finnas möjlighet att kunna hänvisa patienter till en mottagning efter avslutat besök, vid behov (Valvira, 2020). *Figur 3* redogör för selekteringen av patienter för ett digitalt vårdmöte.



Figur 3: Selektion av vilka som ska få vård digitalt. Källa: Reviderad bild från Socialstyrelsen (2018b)

Huruvida ett digitalt vårdbesök motsvarar ett fysiskt vårdbesök visade en Kanadensisk studie att nästan 40% av de som genomfört ett digitalt vårdbesök inte behövde genomföra ett fysiskt besök efteråt (Palen, Price, Shetterly & Wallace, 2012). I en liknande undersökning från Jönköpings universitet framkom att endast 3,6% av de som först fått digital vård, senare behövt uppsöka fysisk vård för samma ärende (Gabrielsson-Järhul, et. Al., 2019). En översiktsanalys från Socialstyrelsen (2018b) visade att digitala vårdkontakter ofta är minst lika effektiva och tillförlitliga som fysiska vårdmöten. Vård via e-post visade sig vara mindre effektivt, detta då flertalet av dessa patienter sällan tillkännagav alla upplevda symptom.

Ytterligare gäller att vårdgivare har tillräckligt med informationsunderlag i syfte att kunna behandla och diagnostisera patienten korrekt. Patientens sjukdomshistoria är av stor betydelse, utan den finns risk för felskrivningar av recept (Lagerros et. Al., 2019).

Sammantaget läggs det ett stort ansvar på vårdgivaren att ta ställning till huruvida patienten är i behov av fysisk vård eller inte. Detta kan vidare leda till stora variationer mellan beslut beroende på vem det är som ger vården, och om denne anser att det finns tillräckligt underlag för en bedömning även utan undersökning. Genom videotjänster så kan bild och filmmaterial användas för att kunna genomföra bättre bedömningar samt ställa säkrare diagnoser. Dessa typer av tjänster saknar dock fortfarande forskningsunderlag för att säkerställa kvaliteten (Socialstyrelsen, 2018a). Ytterligare bör det också finnas ett tydligt ramverk för patienters uppföljningar, detta för att få en överblick av hur patientens mående fortskrider, samt för att kunna ge fortsatt behandling. Bland kritiken som riktats mot den privata sektorn inom digitala vårdtjänster är den reklam som ständigt cirkulerar i samhället. Denna reklam uppmuntrar till ett konsumtionsmönster av vård som egentligen kanske inte är nödvändig. Å andra sidan, om mer och kontinuerlig vård kan ges på ett enklare sätt så kan det istället förebygga och undvikbar slutenvård som kan behandlas i ett tidigt stadie och då inte resultera i mer resurskrävande vård senare (Lagerros et. Al., 2019).

4.1.4 Vårdkvalité

Inom primärvården och digital vård är det första steget i diagnostisering processen att patienterna får fylla i ett formulär. Formuläret handlar om vilka sjukdomssymtom patienten upplever, tidigare sjukdomshistoria, samt grundläggande information som är viktig för att kunna göra en korrekt bedömning. När det gäller digital vård så kan dessa frågor nästintill direkt avgöra huruvida patienten är i behov av en fysisk undersökning. Vid mer svårtolkad information är det vanligt att mötet först genomförs digitalt med patienten och att vårdgivaren därefter avgör om patienten är i behov av en fysisk undersökning (Lagerros et. Al., 2019). För att vården ska ha en hög kvalité är det också fördelaktigt att det finns en kontinuitet mellan läkare och patient. Kontinuiteten minimerar risken att viktig information förbises. Dessutom visar studier att patienter tidigare uttryckt missnöjsamhet när det gäller just kontinuitet av läkare. Genom digital vård finns det en möjlighet att boka samma läkare vid upprepade tillfällen vilket underlättar kontinuerlig information. För att uppnå en högre grad av kontinuitet kan de systematiska förutsättningarna för hur informationshantering mellan de olika regionerna ser ut förbättras. Detta kan även tänkas gälla för den privata och statliga vården. Vidare saknas också system som gör det enklare för patienten att själv kunna ta del av sin egna journal via nätet (Lagerros et. Al., 2019).

4.1.5 Kostnader

När det kommer till att beräkna kostnaderna för den digitala vården respektive primärvården följer en viss problematik, detta då många av de fall som inkommer är oberoende och individuellt, vilket gör det svårt att helt exakt kunna jämföra dessa. Svårigheten bygger bland annat på att antalet patienter ständigt förändras, så också vilken vård de behöver samt övriga faktorer. De studier som gjorts visar att det i vissa fall sker en kostnadsminskning medan det i andra fall påvisas det motsatta. När vården blir mer lättillgänglig skapas en helt annan marknad som drivs av konsumentens förväntningar av vården, snarare än det

föreliggande behovet av vård. Med fler patienter så ökar alltså kostnaderna för den totala vården som ges (Lagerros et. Al., 2019).

En ekonomisk studie från 2016 visade att de digitala vårdbesök hade en 42% lägre totalkostnad än de fysiska besöken. Detta bygger dels på att primärvården har många indirekta kostnader i form av lokaler med mera, medan den digitala vården saknar denna typ av kostnader. Ytterligare så finns det heller ingen restid inräknat i den digitala vården då allt sker via distans, samt att mötena generellt sett i den digitala vården är kortare. Detta betyder att fler möten därför kan bokas in under en och samma dag vilket gör att de indirekta kostnaderna har fler vårdmöten att fördelas över, än inom primärvården (Ekman, 2016). Fördelen med att både ha en digital och fysisk vård, samt att detta kan ske på en nationell istället för en regional nivå, kan minimera eventuella luckor som uppstår när det kommer till tidsbokningar. Så fort en avbokning sker så kan en annan patient undersökas istället via den digitala vården. Detta skulle då ta bort kostnaden för uteblivna besök (Lagerros et. Al., 2019).

4.1.6 Väntetider

Väntetid är den genomsnittliga tid som en patient väntar från det att hon kontaktar sjukvården till dess att vårdmötet kan genomföras. Det som däremot inte inkluderas är den övriga tid som uppkommer i samband med ett besök. Det kan röra sig om tid för transport och tid i väntrum, denna tid är vidare svår att beräkna och innehåller ofta felkalkyleringar (Lagerros et. Al., 2019). Vid en jämförelse mellan fysisk vård och digitala vården så beräknas restid och resekostnader för den digitala vården helt bort medan den för primärvården är ungefär en lika stor andel som den resterande väntetiden. Den genomsnittliga väntetiden för ett digitalt vårdbesök ligger på 15 minuter, för ett fysiskt besök är denna tid 24 minuter exklusive 30 minuter för eventuell transporttid (Ekman, 2016). Det finns fortfarande för lite data för att kunna dra tillförlitliga slutsatser om hur stor förändring digital vård kan ge i kontrast till den fysiska primärvården. Det som siffror visar är att 80% av de som söker vård får den primära bedömningen inom de första tre dagarna. Dock bygger denna data endast på digitala vård som regionernas tillhandahåller och således inte av de privata aktörerna (Lagerros et. Al., 2019).

4.2 Intervjustudie

Följande avsnitt redovisar resultatet från studiens genomförda intervjuer. Följaktligen kommer kapitlet att vara strukturerat efter de fyra arbetsområdena; användning, ekonomi, väntetider, samt vårdkvalité. Studiens informanter betecknas som I1-I5.

4.2.1 Användning

Intervjuerna visar att de flesta inom primärvården är i uppstartsfasen när det kommer till att utveckla digital vårdmöjligheter. Närhälsan Online grundades 2018 och erbjuder digital vård, samt på senare år är även vårdcentraler och rehab inkluderade in denna tjänst. Även kognitiv beteende terapi och behandling inom psykiatri är något som fått stor utbredning när det

kommer till det digitala vården. De informanter som tidigare inte arbetat med digital vård, har i och med coronaviruset utbrott, i större utsträckning tvingats att anpassa sig till den rådande situationen, även om andelen fortfarande är relativt liten i jämförelse med den totala vårdens.

Huruvida den digitala vården har påverkat antalet vårdsökare, var något som de flesta informanterna menade var svårt att svara på. I2 förklarade att den offentliga vården under 2019 hade cirka 2,6 miljoner besökare medan de privata aktörerna under samma period hade cirka 100 000 besökare. I2 och I4 menar att detta utgör en för liten del för att kunna svara på huruvida det skulle ha påverkat. I3 svarade ungefär samma, att då primärvården har väldigt många besökare så är det svårt att veta hur detta påverkat eller vilka faktorer detta beror på. I5 tog upp att ett problem med den digitala vården är att flertalet sökt vård upprepade gånger och ofta också sökt vård för något där det inte funnits något grundläggande behov av vård. Detta beskriver I2 som att "alla som tidigare sökte sig till de privata aktörerna behöver egentligen kanske inte vård, utan snarare rådgivning". I2 fortsatte med att det dock skett en minskning hos de fysiska mottagningarna hos primärvården och att denna minskning kan bero på att fler istället väljer digital vård hos den offentliga vården genom närhälsan. Genom en ökad tillgänglighet och informationsspridning om att dessa typer av tjänster finns även hos den offentliga vården, så har flertalet användare gått från att vända sig till privata aktörer till de offentliga.

Denna informationsspridning beskriver I1, fungerar genom att vårdtagare besöker en fysisk vårdcentral och därigenom får information om de digitala möjligheterna som nu erbjuds. I1 beskriver att "patienterna är nog mer öppna för lösningar, eftersom det finns så många fler fördelar för patienter än för oss". Överlag så har den offentliga vården inte marknadsfört möjligheten till digital vård särskilt mycket. Detta medan de privata aktörerna har reklam och marknadsföring på ett flertalet olika platser för att locka till sig nya kunder. Genom att marknadsföra att digital vård finns, så kan detta öppna upp för andra typer av kunder som innan inte vågat söka vård. I2 berättar om att vissa individer kan uppleva obehag av att söka vård fysiskt, detta då de kanske söker vård för något som de inte vill att andra ska veta, eller att de söker vård för något de upplever som pinsamt. Med digital vård kan patienten söka vård via telefon eller video direkt hemifrån eller från en plats där patienten känner sig trygg.

Covid-19 har också kommit att påverka vården på många sätt. I2 beskriver att det skett en tre eller fyrdubblad ökning av antalet digitala vårdanvändare sedan virusets utbrott. Detta samtidigt som antalet fysiska besök drastiskt har minskat. Där handlar det om att vård kan ges via distans för de som är i riskgrupp och som därför inte har möjlighet eller av rädsla inte vill genomföra ett fysiskt besök. I3, I4 och I5 beskriver att den främsta vården hos dem har nu getts via telefon. Detta kan ses som ett substitut för ett fysiskt besök, men att arbetet med digitala vårdmöten precis har påbörjats hos vissa. I5 beskriver även att sjuksköterskor numera åker hem till patienter och tar både prover och gör omläggningar.

Däremot så nämner I1 att det inom psykiatrin har skett en minskning av antalet besök under Covid-19. Från mitten av mars så var det ungefär en fjärdedel eller hälften av antalet besök

som vanligtvis gjort vid tidigare perioder. Denna minskning beror på flertalet orsaker. Dels så känner vissa vårdtagare att de föredrar ett fysiskt besök och skjuter upp besöken istället för att ta det digital. I1 beskriver att

“om patienten inte vill ha den (vård via videosamtal) måste det finnas andra alternativ, och då kanske patienten väljer att vänta då de inte vill komma till vårdcentralen på grund av coronaviruset. Vissa patienter känner också en olust över att behöva prata med en läkare via telefon eller video, de vill föredrar då hellre att träffa en läkare i person.”

Vidare förklarar I1 att det finns de som känner andra stressrelaterade faktorer förknippade med Covid-19 som gör att patienter undviker fysisk vård. Detta kan röra sig om ekonomi, rädsla för sjukdom, stress över karantän, som på grund av denna påfrestning inte känner sig kapabel till att arbeta med sin mentala hälsa. Det finns därför en oro över en potentiell våg av besökare till psykiatrien längre fram när Covid-19 känns lite mer avlägset.

4.2.2 Ekonomi

När det kommer till kostnaderna för vårdtagaren så är det samma storlek oavsett om det sker via ett fysiskt eller digitalt besök hos primärvården, vilket samtliga informanter bekräftar. I5 spekulerar att i framtiden, när både vårdnadstagare och vårdnadsgivaren känner sig mer bekväma med digital vård, så skulle den kunna genomföras mer effektivt vilket skulle kunna sänka kostnaden. Priset, berättar I2, ligger på 50 kronor per besök, så länge personen inte är skriven på en annan vårdcentral för då tillkommer en extra kostnad. I1 beskriver denna extra kostnad som *otrohetsavgift*, vilken även adderas när en patienten söker vård hos någon av de privata aktörerna. För besök hos de privata vårdaktörerna så har dessa tidigare subventioneras av regionerna där I5 beskriver att subventioneringen haft en stor påverkan på primärvårdens totala ekonomi. När patienter som söker vård för enklare åkommor hos de privata aktörerna, blir budgeten för de allra sjukaste som kräver mer avancerad vård mindre. Detta kan ses som oetiskt och slöseri av skattepengarna. I3 förklarar att subventionerna tidigare låg på samma budget och primärvården fick då betala 500 kronor för varje besök som vårdtagare gjorde hos de privata aktörerna. Som det ser ut nu så tar istället regionen dessa kostnader. I3 förklarar att, “jag tycker ändå det är fel att vissa vårdapplikationer gjort det för att tjäna pengar. Fel nationellt, statens pengar går åt till fel saker.” I2 förklarar att alla externa besök kostar regionen 500 kr extra, oavsett om det är privat eller offentligt. I4 är den enda som inte märkt av någon inverkan på primärvårdens budget från subventionerna.

I1 vet inte riktigt till vilken nivå som subventionerna påverkade, bara att det slog hårt på primärvården när dessa genomfördes. I1 förklarar att “det kändes framförallt väldigt orättvis och orimligt, också att det inte var förväntat”. Att de privata aktörerna fick en så stor framgång, tror I1, beror på att det tidigare var mer komplicerat att lyckas få en drop-in tid hos primärvården, alternativet var oftast att boka en tid vilket skulle kunna innebära veckors väntan för patienten. Det var nu som de privata aktörerna lyckades ta dessa patienter som var

i behov av snabb vård, genom att kunna erbjuda patienter vård redan samma dag. De privata aktörerna är lite mer *on demand* och så länge någon är villig att betala så finns det tider. Många inom den offentliga vården anser också att många besök som genomförs hos de privata aktörerna är helt på utan grund. Vården ska grundas på vilket det underliggande behovet är och helhetens förutsättningar om vad som är en rimlig vård. Samtidigt så betonar I1 att hen tycker att det finns många positiva fördelar med att göra vård mer tillgängligt. Dessutom anser hen att det ofta finnas en underliggande orsak till varför någon söker vård och att detta alltid ska tas på allvar. När det kommer till psykisk ohälsa så är det ofta bättre att söka kontakt för mindre saker och tidigare, än att helt undvika att kontakta vård.

Nu med minskade subventioner så återstår endast *otrohet avgiften* som regionen står för, vilket har gjort påfrestningarna på primärvården mindre. Dock har detta skapat en del rykten inom den offentliga vården att om att subventionerna fortfarande finns vilket skapar dålig stämning till de privata aktörerna från den offentliga sidan beskriver I1. Informant 2, 3 och 4 beskriver att all digital vård nu ingår i den regionala budgeten. Informant 2 berättar vidare att detta beskrivs som *omställningsmedel* som skall användas till de digitala medlen.

4.2.3 Väntetider

När det kommer till väntetider för vård inom primärvården och huruvida de har förändrats till följd av digitala vårdapplikationer, råder en viss grad av oenighet. I1 påstår att väntetiderna i många fall helt försvinner då de inte längre behövs till följd av den digitala vårdens tillgänglighet. Detta då patienten nu själv kan boka ett digitalt vårdmöte online och såldes slipper uppsöka vårdcentral. I1 förklarar skillnaden när patienter istället uppsöker vård via vårdcentraler vanligtvis måste vänta en längre tid innan de får en tid för bedömning. I syfte att minimera den köbildning som vanligen uppstår förklarar I1 hur de aktivt arbetar med så kallad bedömningssamtal. En patient uppsöker en vårdcentral kan erbjudas alternativet om ett samtal med en vårdgivaren direkt istället för att behöva köa. Då får patienten en snabbare bedömning, samtidigt som det blir en kökortning när patienten försvinner ur kön.

I2 tror i likhet med I1, att väntetiderna kan komma att ha påverkats positivt av tillgängligheten, eftersom patienten kan få en bedömning som kan genomföras direkt, dock att det är oklart hur stor påverkan varit hittills. I2 förklarar hur patienter tidigare var tvungna att vänta upp till 7 dagar för att få ett vårdmöte hos en vårdcentral, denna tid har nu minimerats till att endast uppgå till 2-3 dagars väntetid för att få en bedömning. Under Corona-tiden har möjligheten för patienter att få genomföra digitala vårdmöten minimerat vårdköerna, detta då många inte vågar uppsöka vårdcentralen av rädslan för att smitta andra eller att själva bli smittade. För I3-I5 så råder det delade meningar där I3 och I5 anser inte att det skett någon förändring alls. I4 tror att väntetiderna har förändrats men att det finns en begränsning för vad som går att göra via distans. I1 betonar också att för de privata vårdaktörer handlar det om att ha så många kunder som möjligt, medan de inom landstingen istället försöker lösa problemen med väntetiderna. Detta är något som även I2 bekräftar, privata aktörer tenderar därför att inte ha något direkt påverkan på primärvårdens väntetider,

snarare tvärtom. Men att en remiss via en privat aktörer leder inte till att patienten i fråga får fysisk vård snabbare.

På frågan om hur tidsbokningar online har påverkat väntetider för patienter förklarar I2 att det tidigare inte har varit allmänt känt för patienten att de kunde boka tid hemifrån digitalt. Detta menar I2 är en brist och har påverkat väntetiderna för patienterna, dock sker fortfarande lite mer än hälften av alla tidsbokningar fortfarande per telefon istället för digitalt. Detta trots att en bokning online går snabbare då de slipper telefonköer. Vidare anser både I1 och I2 att de största fördelarna med tidsbokningar online är att det kan ske smidigt och snabbt, utan att behöva ta sig till en vårdcentral. För patienter som lider av psykisk ohälsa förklarar I2 att denna möjlighet kan tänkas vara fördelaktig. Genom att snabbt kunna erbjuda preventiva förebyggande utan att patienten behöver vänta och kan behandlas direkt, uppstår heller inga köer. Å andra sidan menar I1 att en nackdel som kan tänkas uppstå är att patienter av detta slag kanske hade mått bra av att ha ett fysiskt vårdmöte. Ytterligare en nackdel som kan uppstå är om tekniken inte skulle fungera, då måste nya tider tillhandahållas patienten vilket kan ta tid och således motverka kökortning. I3 menar att det inte föreligger några fördelar med att vård kan ges hemifrån, detta då hen menar att många av de som söker digital vård i slutänden ofta, ändå behöver uppsöka vård för fysisk undersökning. I3 menar att det enbart kan ses som en fördel om patienten endast söker råd. Vidare förklarar I5 att syftet med tidsbokningar online är bra, men att det ibland kan göra mer skada än nytta. Hen förklarar att "Dagligen måste patienter ombokas till en annan tid. Patienten kan förstås uppleva att det är praktiskt att boka online men det innebär väldigt mycket merarbete för de sjuksköterskor som ska gå igenom alla bokningar".

4.2.4 Vårdkvalité

I2 beskriver "kvaliteten ska vara samma på alla anstalter och följa samma riktlinjer. Detta måste uppvisas intern så att alla vet att riktlinjer följs och att vården som ges har en hög kvalité". I2 förklarar även hur en förutsättning för god kvalité är täta uppföljningar, samt att de anställda har rätt utbildning och arbetslivserfarenhet. När det gäller privatägda aktörer finns inga kända restriktioner för vem som får anställas, där I2 dessutom menar att kösystem och drop-in-mottagningar kan få negativa effekter på kvalitén av vården. I5 förklarar att digitala vårdapplikationer föreligger att kunna spela på människors oror och har vanligen en intensiv marknadsföring om att personer bör söka vård för minsta lilla. I5 förklarar att primärvården istället arbetar för att få individen att växa i sitt egna omhändertagande och lita till sin egen förmåga. Att kontakta vård för minsta lilla kännbara symptom kan leda till att onödiga men även också felaktig vård erhålls. I3 förklarar att kvalitén på vården i och med introduceringen av vårdapplikationer har blivit sämre, detta då fler patienter behöver söka vård flera gånger. Först konsultation och sedan ett fysiskt besök för undersökning. Detta medan I4 inte känner till att kvalitén på någon sätt har påverkat.

I1 menar att kortare köer och transparens är några av de kvalitetsförändringar som uppstått i samband med introduceringen av digitala vårdapplikationer. Dock menar hen att kvalitén på

samtalen inte nödvändigtvis behöver ha blivit bättre. Risken är att de som ansöker till dessa typer av jobb kan ibland vara personer som på grund av stress eller utbrändhet önskar att jobba hemifrån. Dessa kan då stressa igenom möten i syfte att bli ledig tidigare, vilket påverkar kvalitén på samtalet och på vården. I1 förklarar även hur bristen på kommunikation och kontinuitet kan leda till att recept felaktigt skrivs ut. Detta om patienter ständigt byter doktorer eller vänder sig till privata aktörer där journalsystemen inte går att ta del av. Således kan patienter som har ett visst beroende få recept som de egentligen inte skulle ha.

I2 svarar att det har skett en exponentiell ökning av digitala vårdmöten under coronapandemin. I3 menar att det dessutom inte skett någon avlastning för primärvården, varken innan eller utbrottet av spridningen från den digitala vården. I5 förklarar att digitala vårdapplikationer innan coronapandemin varit någon avlastning, snarare att det bidragit till en högre belastning av antalet vårdsökande. Patienter sökte först vård via applikationer för att sedan göra ytterligare besök hos vårdcentralen. På frågan om det skett någon avlastning under Covid-19 så svarade I5 att det heller inte där skett någon förändring. I5 beskriver hur de istället arbetat aktivt för kunna erbjuda patienter ett större utbud av vårdtjänster. Bland annat har vården via telefon eller deras egna onlinetjänst ökat under början av 2020. I5 beskriver även fördelar för patienten eftersom de genom digital vård "inte behöver ta ledigt halva dagen för ett läkarbesök utan kan klara av det på mycket kortare tid".

Huruvida kvalitén på vården har påverkats efter introduceringen av regionernas egna vårdapplikationer svarade I2 att den inte har påverkats alls, medans I5 menade att det är svårt att få ett entydigt svar på denna fråga. Hen förklarar att de positiva effekterna som uppkommit med covid-19 är att vården nu tvingats att utveckla den egna digitala vården för att kunna säkerställa en bättre och säkrare patientvård via distans. Ytterligare förklarade I1 att de privata aktörerna "öppnade upp för denna marknaden vilket tvingade den offentliga vården att bli digitaliserade, samma gäller för corona". Vidare förklarar hen hur de under en längre tid har haft licens för att få genomföra digitala vårdmöten med patienter, men att det trots detta ändå inte har använts. Dessutom förklarade hen att det till en början fanns ett visst motstånd och osäkerhet från vårdnadsgivarna till att använda digital vård. I2 förklarar hur Närhälsan-online var den första gemensamma mottagningen att utveckla denna typ av tjänst. Vidare menar hen att det finns stora fördelar med en gemensam plattform där läkare kan bolla idéer med varandra kring vad som fungerat bra och vad som fungerat mindre bra. Dessutom kan patienter träffa andra i liknande situationer och utbyta vårderfarenheter. Visionen är att digital vård inom några år ska vara en naturligt del av primärvården.

När det kommer till feldiagnostisering och felmedicinering för digital vård förklarar I2 att det alltid finns en viss risk. Samtidigt menar hen att det är mindre risker vid videosamtal än för andra kommunikationssätt, som via telefon eller mail korrespondens. I2 förklarar att det finns riktlinjer och rutiner som personal måste följa, dessa finns för att minimera riskerna för feldiagnostisering. I5 beskriver en risk vid videosamtal är att vårdgivarna inte får samma "känsla" för patienten som vid ett vårdmöte när dessa befinner sig i samma rum. Detta är något som även I1 bekräftar då hen menar att det finns vissa företeelser som är svårare att

känna av genom videosamtal. Det kan exempelvis handla om spritlukt eller olika typer av kroppsspråk. I1 ser dock också vissa positiva aspekter med att kunna genomföra möten digitalt. Detta är att vårdgivaren dels kan läsa i patientens journal under mötet, även att hen samtidigt kan fylla i nya anteckningar under mötets gång, vilket kan öka kvaliteten.

Den framtida utvecklingen, gällande digital vård, tror två informanter ligger i användandet av system med Artificiell Intelligens (AI). AI är ett utvecklat system som dock fortfarande är relativt nytt och outforskat, vilket gör den nuvarande tillämpningen något begränsad. I1 berättar hur patienter kan fylla i och svara på olika frågor, därefter ställer AI följdfrågor utifrån hur patienten har svarat. Fördelarna med AI-systemet är att patienten då ges möjlighet att svara på frågor som kanske inte hade uppkommit vid ett fysiskt möte. Dessutom kan systemet avlasta stora delar av sjukvårdspersonalen, så att de istället kan fokusera på mer komplicerade fall. AI är något som även I2 ser som en framtida kvalitetsförbättring. Hen förklarar hur för-information av patienter genom nya verktyg är ett något som kan påverka kvalitén av vården. Att svara på frågor redan innan mötet ser I1 som väldigt positivt eftersom "Patienten upplever dessutom att kontakten redan börjat och de blir också att fler faktiskt bokar då de känner att de redan kommit ifrån". I1 tillägger dessutom även hur andra digitala verktyg kan bidra till kvalitetsförbättringar inom vården, bland annat Virtual Reality (VR). Detta skulle kunna hjälpa patienter som lider av exempelvis höjdskräck eller andra fobier att utmana sina rädslor virtuellt. Även datorspel kan hjälpa äldre patienter att upprätthålla sina kognitiva förmågor.

5. Analys och diskussion

Detta avsnittet avser att först göra en analys och därefter ta upp en diskussion inom ämnet: ekonomi, kvalite och väntetider.

5.1 Analys Ekonomi

Statistik från 2017 visade att endast 1,6 % av alla vårdbesök, samt 0,6 procent av de totala kostnaderna för läkarbesök utgjordes av digital vård (IVO, 2019; Svensson & Almgren, 2018). Denna data är stämmer även väl överens med I2s uppfattning om att digital vård endast utgör en marginell del av den total vården, därav har den en mycket liten påverkan för primärvården. När det kommer till subventionerna för de privata aktörerna så genomfördes en reducering i ett flertal steg innan den nuvarande subvention nivån om 500 kronor per besök (Nyheter ekot, 2019). Samtliga informanter beskrev att vårdbesök som sker utanför vårdtagaren region skapar en kostnad om 500 kronor. Den negativa syn som finns gentemot de privata aktörerna, förklarade I1 till stor del beror på de tidigare storleken på subventionen. Den ekonomiska påfrestning som subventionerna gav upphov till skapade en viss misshällighet mellan parterna, detta då det upplevdes som att de privata aktörerna tagit medel från primärvårdens budget.

Det byråkratiska systemet som den svenska sjukvården antar, beskrivs av Mintzberg (1991) som oflexibel, och av Lundahl och Lundahl (2015) som förutsägbar och standardiserad. Nya aktörer som är snabba att etablerar sig på marknaden kan få negativa konsekvenser på vården, detta eftersom de är byråkratiska system som kräver längre tid för att kunna anpassa sig. Därav så påverkades den offentliga vården primärt mycket hårt av subventionerna. Dock så beskriver I1 att den nuvarande budgeten från den offentliga vården inte längre påverkas på samma sätt, detta eftersom regionerna står för avgifterna vid digitala vårdmöten. Dessutom har det även skapats en omställningsbudget för användning av digital vård hos regionerna, både för den privata och offentliga sektorn. För att spara pengar och öka tillgängligheten så har de flesta landsting startat upp sin egen digitala vård (Svensson & Almgren, 2018).

Trots att både de privata och offentliga organisationerna idkar liknande verksamheter, så finns det indikationer att den offentliga vården inte helt känner igen sin egen institution i hur de privata aktörerna bedriver sin verksamhet. Då institutioner bygger på framväxta handlingsmönster och normer (Czarniawska, 2017) så skulle den privata och den offentliga sektorn behöva se över sina organisationer för att hitta gemensamma strukturer, i syfte att främja ett samarbete parterna emellan. Utifrån informanternas svar är det tydligt att något samarbete för närvarande inte äger rum. De privata aktörernas primära fokus är snarare att tjäna pengar än något långsiktigt samarbete med den offentliga vården. Detta är vidare något som stämmer överens med hur snabbkapitalism beskrivs då fokus ligger på att kunna skapa vinster och värde för investerarna och mindre på det långsiktiga arbetet (Grey, 2017).

Den tillgänglighet som digital vård medfört har öppnat upp för nya vårdtagare med andra typer av behov. Med ökat antal vårdtagare så ökar också den totala kostnaden (Lagerros et. Al., 2019). I5 beskriver att dessa nya patienter som söker vård digitalt är patienter med enklare åkommor, vilka kanske inte valt att söka vård om det varit ett fysiskt besök. Vilket ger en kostnadsökning från det ökade användarantalet. Men det kan också finnas vissa kostnadsbesparingarna i att de digitala vårdmöten är kortare och mer effektiva, dessutom kan tiden mellan besöken kortare. I5 bekräftar detta genom att spekulera att man i framtiden kan utveckla system som ska effektivisera dessa typer av möten och därmed också minska de kopplade kostnaderna. Effektiviseringar kan även resultera i att fler möten kan bokas in under en dag och då minska de indirekta kostnaderna per vårdmöte med upp till 42% (Ekman, 2016). Om primärvården fortsätter att använda digital vård i samma utsträckning tender ett byråkratiskt system att uppstå, som då skapar en struktur för genomförandet av ett vårdmöte och på det sättet effektivisera vården (Grey, 2017; Lundahl och Lindahl, 2015).

5.2 Diskussion Ekonomi

Att den offentliga verksamheten kunnat efterlikna de redan befintliga strukturen av digital vård hos de privata aktörerna ser informanterna som en fördel då den inte behövt investera i att utforma och testa allt själva. Att behöva starta och testa sig fram själva kan vara både kostsamt och ofördelaktigt då de inte vet vad som kommer att fungera. Det skulle även kunnat vara problematiskt då den institutionella strukturen hos offentlig vård inte är uppbyggd utefter digitala strukturer. Att kunna efterlikna en annan struktur är därför enklare och ofta också billigare än att ta fram en själv, om den dessutom måste förhålla sig till den befintliga verksamhetens normer.

Trots den kritik och medias rapportering gällande subventionerna till den privata vården så verkar det inte ha påverkat den offentliga vården till någon speciellt stor utsträckning. Som I2 beskrev det så är ju den privata vården en väldigt liten del, både till andelen besökare och därmed också påverkan på budgeten. Kritiken verkar istället grundat sig i två faktorer: de tidigare subventionernas storlek och att den offentliga vården inte var förberedd för den typen av utgifter. Nu några år senare så verkar inte den ekonomiska faktor beröra den offentliga vården i lika stor utsträckning som medierna verkar att rapportera om. Detta genom både minskade subventioner och att det etablerats en egen sort budget inriktat till digital vård. Den tidigare byråkratiska strukturen verkar att ha omorganiserat sig till att implementera den digitala vården inom hela sin verksamhet. Att de privata aktörerna kunde vara med flexibla och snabba kan alltså ha berott på att det inte hade denna typ att system att förhålla sig till.

Den nuvarande problematiken verkar dock ligga i den offentliga vårdens relation till de privata aktörerna. Från vissa av informanterna så framkom det åsikter om att den offentliga vården bedrivs snarare av ekonomisk vinning än strävan efter att kunna ge kvalitetssäker vård. Som det ser ut nu verkar den offentliga vården anse att de privata aktörerna utgår från ett system som kan beskrivas som snabbkapitalistiskt. Där de privata aktörerna fortfarande är

mycket beroende av att regionerna subventionerar deras vård. Om denna subvention försvinner så lär detta resultera i att vårdtagarna får stå för hela kostnaden själva. Om detta inträffar och det dessutom finns en motsvarande offentlig digital vård till en standardkostnad så finns det en stor sannolikhet att de privata aktörerna inte längre kan konkurrera mot den offentliga vården och därigenom kommer att försvinna. Det skulle kanske därför kunna vara fördelaktigt för de privata aktörerna att arbeta för att bli en del av den offentliga vården, för att på sikt kunna överleva. Men eftersom den offentliga vården är uppbyggd av tydliga normer om att alltid kunna motivera användningen av skattemedel så blir det därför problematiskt om de privata aktörerna går emot detta syfte. Även om det kanske skulle kunna finnas en vinning i att gå över gränserna och bygga upp ett samarbete så kan detta vara svårt om det ser sig själva arbeta på två olika sidor och drivna av separat mål.

5.3 Analys Väntetider

Det ökade användandet av digitala medel har bidragit till att kraven på organisationer att finnas tillgängliga för sina kunder har ökat (Egels-Zandén et Al., 2016). Då primärvården antar ett byråkratiskt förhållningssätt begränsas deras möjlighet att i lika hög utsträckning som privat aktörer, anta samma flexibilitet eller genomföra ett förändringsarbete (Beer & Nohria, 2002). Detta kan således förhindra olika utvecklingar som i längden hade kunnat tänkas vara positivt för organisationen (Grey, 2017). Detta kan handla om införandet av bokningssystem för de digitala vård applikationer, vilket genom intervjuerna har visat sig vara en fördel med avseende på väntetider, men också nackdelar med felbokningar. Som Lagerros et Al. (2019) dock förklarar så föreligger det vissa svårigheter med att helt ackurat kunna beräkna den väntetid som uppstår i samband med ett vårdbesök, i och med andra yttre omständigheter som kan påverka. Samtliga informanter uttryckte en viss tveksamhet mot att väntetiderna inom primärvården skulle ha påverkats till följd av privata vårdaktörer. De anser att den agenda som privata aktörer arbetar efter skiljer sig ifrån den som finns inom primärvården. Att informanterna är så entydiga gällande denna fråga kan enligt Czarniawska (2017) bero på att individer inom samma kollektiv vanligen är av samma uppfattning eller åsikt. Detta är de själva inte alltid medvetna om, men det kan förklara den delade åsikten från den offentliga vården gentemot primärvården.

I1 förklarar hur privata aktörer snarare drivs av att maximera antalet kunder, än att på något sätt försöka avlasta för primärvården. Inom primärvården arbetar de istället varaktigt med att försöka lösa de problem som finns med väntetider. När det kommer till regionernas egna digitala vårdtjänster tro tre av fem informanter att det har en positiv inverkan på väntetiderna för primärvården. De förklarar hur de digitala vårdmöjligheterna underlättat för patienter att själva gå in och boka ett digitalt vårdmöte och därmed direkt få en medicinsk bedömning. Denna möjlighet gör att patienter inte längre behöver vänta den maxtid som det i regel annars tar, vilket stämmer överens med de ca 80% som fick vård inom den accepterade tiden som Lagerros et. Al., (2019) diskuterade. Samtidigt poängterar en av informanterna att det inte helt går att säga huruvida väntetiderna har minskat till följd av introduktionen av digitala

vårdapplikationer och två andra informanter ansåg att väntetiderna inte alls har påverkats efter vårdapplikationernas introducering. De menar att digitala vårdapplikationer, såväl privata som offentliga, sällan klarar av att hantera de patienter som kräver en mer avancerad vård. De menar följaktligen att det finns vissa begränsningar för vad som går att genomföras via distans. Så länge en patient endast önskar råd kan det ske en viss avlastning, men för de patienter som kräver en mer avancerad eller fysikalisk bedömning måste då remitteras till primärvården och blir då ett dubbelt besök.

Som I1 beskrev så kan dock bedömningssamtalet hjälpa till att korta ner eventuella vårdköer. Att patienter genom digitaliseringen inte längre behöver åka hemifrån kan enligt Agger (2004) förenkla många av de processer som tidigare funnits inom en organisation. Vilket i detta fel är en minimering av såväl väntetider som transporttider. Samtliga informanter är eniga om att det finns vård som kan tänkas vara mer lämplig än andra att hanteras digitalt med avseende på väntetider. I2 förklarar hur digital vård för patienter inom psykiatri har visats sig vara fördelaktig i syfte att minimera vårdköerna. Där en patient genom ett digitalt vårdmöte kan erbjudas snabba förebyggande behandling på ett smidigt sätt. Om denna grupp patienter kan behandlas direkt och effektivare så minimerar det också vårdköerna.

5.4 Diskussion Väntetider

Resultat från tidigare studier visar att i majoriteten av fallen så behövde patienterna inte uppsöka fysisk vård efter att ha sökt vård digitalt. De informanterna som intervjuats i denna studie var av en annan åsikt, där de menar att digital vård ofta ledde till dubbelbesök, och således även till längre vårdköer. Det skiljaktiga resultatet skulle kunna bero på den redan negativa inställningen gentemot privata aktörer, från den offentliga sidan. Dessutom kan detta ha förstärkts genom det institutionella tankesättet som finns, gentemot aktörer med andra normer och arbetssätt. Speciellt eftersom det under intervjuerna belystes att de egna offentliga vårdapplikationerna varit till stor avlastning är det kommer till vårdköer. Det verkar därför sannolikt att de privata aktörerna faktiskt givit en viss avlastning för de offentliga vårdgivarna. Även om denna avlastning eventuellt är marginell, med tanke på de privata aktörernas storlek i förhållande mot den offentliga vården.

För att den offentliga vården skulle ha en chans att kunna minimera den ökade belastning som de själva ansåg att de privata aktörerna bidrog till, så utvecklades därför deras egna digitala vårdapplikationer. De har sedan dess utvecklat sina tjänster, framför allt under Covid-19 då besöksstatistiken enligt en informant nästintill fyrdubblats. Om denna digitala vård inte hade redan varit etablerade så hade trycket på tillgänglighet under coronapandemin troligtvis inte kunnat hanteras. Då hade fler fysiska besök tvingat genomföras, vilket hade kunnat vara förödande i syfte att minimera den snabba smittspridningen. Men istället så fick den digitala vården istället ett uppsving och dess potential uppmärksammades. Som tidigare nämnts i studien så bygger den offentliga vården på både byråkratiska och institutionella system, vilket under normala omständigheter förändras relativt långsamt. Men med covid-19 så tvingades den offentliga vården att genomgå ett förändringsarbete. Nu när denna

utveckling redan påbörjats under pandemin så kan den därför byggas på även efteråt och, när på sjukvården minskat. Inför framtiden så kan därför detta resultera till att den offentliga vården är bättre anpassat till effektiva möten via digitala applikationer och genom detta minska vårdköerna.

Genom en större tillgänglighet så beskrivs det att vårdtagare kan tänkas söka vård redan i ett tidigare stadie, innan mer allvarliga symptom brutit ut. Den typ av vård som tre utav fem informanter förklarar som fördelaktig och som även tenderar att minimera vårdköerna är vård inom till exempel psykiatrin. Patienter inom psykiatrin kan genom digitala vårdmöten erbjudas snabba preventiva för byggnaden vilket gör att de inte behöver i samma utsträckning behöver uppsöka vårdcentral. Då detta fungerat för psykiatrin så skulle detta system även kunna fungera bra för andra typer av vård. Det som däremot inte framkommer är vilken typ av vård som inte lämpar sig för att hanteras digitalt, detta är vidare något som hade kunnat vara ett förslag till framtida forskning.

5.5 Analys Vårdkvalitet

I1 beskriver att det genom privata aktörer skapades en marknad för digital vård som den offentliga vården sedan kunde bygga vidare på. Det har under en längre tid funnits arbete med digital vård, men också ett tidigare motstånd från vårdgivarna då de inte känt sig bekväma med att använda sig av digital vård. Denna typ av motstånd kan beskrivas som en del av institutionalismen, då vård via distans går emot de tidigare normerna och handlingsmönster som funnits. Även om det mest rationella skulle kunna vara att övergå mer till digitala medlen (Eriksson-Zetterquist, 2009). Istället så valde den offentliga vården att avvakta med introduktionen av digitala vårdtjänster, till det redan hade testats på marknaden, vilket kan vara fördelaktigt vid implementering av nya tekniker (Czarniawska, 2017). Men då den privata och offentliga vården bygger på samma grundstruktur, så kan detta förenklat processen då den offentliga verksamheten kunde använda sig av de strukturer som de privata redan etablerat och växa fram ur det (Eriksson-Zetterquist, 2009).

Det privata aktörerna såg behovet av enkel och snabb vård, och utifrån det grundades digital vård vilket kan ses som en direkt beskrivning av snabbkapitalism, med snabba beslut, ständig uppkoppling och tillgänglighet (Grey, 2017). Denna efterfrågan från användarna tillsammans med konkurrensen från de privata aktörerna gjorde att den offentlig vården också behövde öppna upp för digitala möjligheter. Till följd av Covid-19 förklarar I5 hur vården har tvingats ställa om i syfte att nu kunna genomföra mötena via distans, på ett säkrare och enklare sätt. Vid förändrade förutsättningar så måste nya beslut tas (Grey, 2017), vilket för vården då kan handla om både effektiviseringar, medan det för de privata aktörerna kom med en högre omsättning. Med covid-19 så finns det fördelar att kunna ge riskgrupper distans vård nämner I1. Här ingår den äldre generation som också överlag behöver mer och frekventare vård. Dock visar statistik på att den äldre generation är en minoritet av de totala användarna (Lagerros et. Al., 2019).

Gällande onödig vård visar forskning inget om att detta skulle förekomma. Istället kan det beskrivas som ett underliggande behov som inte uppfyllts tidigare (Lagerros et. Al., 2019), där de privata aktörerna såg detta behov och skapade en service för att uppfylla detta (Grey, 2017). I3 och I5 håller inte med om detta då de anser att den digitala vården snarare har lett till dubbla besök, först genom att ha ett första vård konsultation digitalt och sedan ett ytterligare fysiskt möte hos en vårdcentral. Detta har skapat en högre belastning på den offentliga vården snarare än avlastning.

Under Covid-19 så har mycket av vården och vård möjligheterna varit tvungna att läggas om. I5 beskriver att de öppnat upp utbudet av tjänster där mycket vård nu sker via onlinetjänst, telefon eller hembesök. Vård via telefon eller videosamtal visar studier kan vara lika effektivt och fungerande som ett fysiskt besök (Socialstyrelsen, 2018b), medan I1 och I5 beskriver att det också kan finnas viss problematik. Via ett videomöte så är det inte alltid det går att få en helhetsbild av en patient, till exempelvis kroppsspråk, som kan vara viktigt för att kunna ställa en korrekt diagnos, vilket också nämndes i studien av Gabrielsson-Järhul, et. Al, (2019). Det finns dessutom inga tydliga riktlinjer för vilken vård som är lämplig eller ej för distans. Statistik visar dock att för majoriteten av användarna så fungerat digital vård (Palen et. Al, 2012; Gabrielsson-Järhul, et. Al., 2019).

För att öka kvaliteten och säkerheten så finns ett behov av att skapa ett byråkratisk system för hur saker bör göras och i vilken ordningsföljd. För att genom struktur kunna effektivisera (Grey, 2017). Första stegen för digital vård är att patienten får fylla i information gällande symptom och personlig information (Lagerros et. Al., 2019), vilket I1 och I2 beskriver att forskning om AI-teknik för denna insamling genomförs. Genom att kunna ställa frågorna med hjälp av AI så kan de grundläggande punkterna för att avgöra om digital vård är lämpligt genomföras utan att belasta vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2019b). Detta avlastar både vården, samt att det blir mer effektivt, där också fler och bättre frågor kan ställas genom dessa innovativa sätt (Hagberg, et. Al., 2016).

I2 beskriver också att det är viktigt att för att upprätthålla kvaliteten så måste det finnas ett tydligt system för hur digital vård ska genomföras. Genom byråkratiska system så kan en effektivitet, standardisering och kontinuitet upprätthållas och skapa en vetskap om att arbetssättet är korrekt (Lundahl och Lindahl, 2015). För att kunna ge säker vård så ska därför vissa kriterier alltid uppfyllas (Valvira, 2020). I2 beskriver också vikten av täta uppföljningar och att vårdgivarna har rätt bakgrund, där de privata aktörerna inte alltid har samma strikta krav på sig. Det finns också ett behov av ett delat informationssystem så att alla läkare kan komma åt patienters journaler. Att ha tillgång till patientens journal är väsentligt för att kunna ge adekvat vård, speciellt vid utskrift av receptbelagd medicin för att inte skriva ut fel sort eller till missbrukare (Lagerros et. Al., 2019; Socialstyrelsen, 2018b). I1 beskriver att nu när systemen ej är delade så finns risken att missbrukare först vänder sig till privata aktörer och försöker få preparaten och sedan de offentliga. Då systemen ej är delade så går det därför inte att se vilka mediciner som tidigare skrivits ut till en patient.

5.6 Diskussion Vårdkvalité

Analysen indikerar på att den digitala vården som helhet besitter både positiva och negativa aspekter. De positiva aspekter som framkommit är bland annat att det funnits en efterfråga på digital vård från patienter, och att det är bra med vård på distans under tider som coronapandemin. Detta kan ha grundat sig i att personer är så vana att kunna få service direkt och under alla tider på dygnet. Det negativa blir dock att vården inte bara används när det behövs utan även utnyttjas utöver dessa behov. Detta kan leda till att människor utnyttjar de förmåner offentlig sjukvård kan tillhandahålla. I förlängningen innebär det att de patienter som är i större behov av sjukvård tvingas vänta längre innan de får vård. För att motverka detta skulle den offentliga vården kunna införa restriktioner för vilka typer av vårdmöten som endast hanteras via telefon eller att man inför en högre kostnad för de fysiska besöken.

Resultatet indikerar också på att det finns en diskrepans mellan tidigare forskning och informanterna från intervjustudien, med avseende på att digital vård kan anses vara överflödig. Ingen tidigare forskning visar på att digital vård skulle bidra till onödig vård. Trots detta argumenterar informanterna för att digital vård ofta leder till dubbla vårdbesök för vårdtagaren. Eftersom digital vård är ett relativt nytt fenomen skulle det därför kunna argumenteras för att vidare forskning behöver göras inom ämnet, med syfte att utvärdera ytterligare effektivisering och tydligare struktur av vården.

Resultatet pekar även på att de privata vårdaktörerna agerar efter ett vinstintresse i större utsträckning än den offentliga vården. Detta skapar en problematik, då de privata aktörerna och de offentliga aktörerna har olika målbilder. Det kan tänkas att den privata vårdens mål är att genomföra så många möten som går, medan den offentliga vårdens mål är att ge så bra vård som möjligt. Tydligare riktlinjer för vården hade kunnat behövas införas, för att försäkra sig om att onödig vård inte förekommer

6. Slutsats

*Detta avsnitt avser besvara studiens syfte: **huruvida digitala vårdapplikationer föreligger att vara en avlastning eller belastning för den offentliga primärvården**. Avsnittet är uppdelat i slutsats, studiens bidrag, implikationer, studiens begränsningar & fortsatt forskning*

6.1 Slutsats

Digitala vårdapplikationer och dess tillgänglighet har gjort att kostnaderna för vårdbesök har minskat. Studier visar att digitala vårdmöten är ungefär hälften så kostsamma som fysiska vårdmöten och detta beror främst på att de indirekta kostnaderna faller bort. Ytterligare kan digitala vårdmöten genomföras på ett mer effektivt sätt vilket leder till att kostnaderna sprids ut på flera personer. Subventionerna till de privata aktörerna hade primärt en negativ påverkan på den offentliga vården, främst för att detta inte var förväntat. I dagsläget med minskade subventioner, så har den tidigare problematiken försvunnit, då denna kostnad dessutom är en minimal andel av den totala kostnaden för hela Sveriges vårdssystem.

När det kommer till huruvida vårdköer, med avseende på den digitala vården, har påverkats till följd av privata vårdapplikationer, framkommer det att det inte haft någon större påverkan. Under Coronapandemin har antalet patienter däremot ökat radikalt, där har dock den offentliga vården kunnat motverka köbildning genom att förflytta delar av vård till att nu kunna genomföras digitalt. Till följd av den tillgänglighet och den effektivitet digitala vårdapplikationers har, så förutspås det kunna ske en minskning av vårdköer framöver efter pandemin. Detta eftersom fler möten enklare kommer kunna genomföras under en dag och minimera köbildning. Gällande kvaliteten hos den digitala vården så indikerar resultatet att det fortfarande saknas tillräckligt med forskning för att helt kunna besvara detta. Den information som framkom, både från tidigare studier och från intervjuerna, var att det inte fanns några specifika indikationer gällande någon kvalitetsproblematik. Det som däremot framkommer var ett behov av tydligare strukturer och system för att kunna stärka den befintliga kvaliteten ytterligare.

Digitala vårdapplikationer kan efter analysen av de tre huvudområdena ekonomi, vårdköer och vårdkvalité ses som en avlastning för den offentliga primärvården. Detta gäller då främst när det kommer till användningen av den offentliga vårdens egna digitala system, eftersom de privata aktörerna innehar en mycket liten marknadsandel av primärvården. Dock så saknas det fortfarande mycket forskning gällande vilka delar av vården som är mest lämplig för digital användning. För närvarande är det främst psykiatri eller enklare åkommor som behandlas digitalt. Framtida utvecklingar handlar därför om att utforma strukturer för hur digital vård tillämpas och vilken typ av vård som detta lämpar sig för. Avslutningsvis krävs även mer forskning kring hur AI-system och VR behandling kan tänkas att användas framöver i vårdsyfte.

6.2 Studiens bidrag

Denna studien har bidragit till att belysa digitala vårdapplikationers påverkan på den offentliga vården inom de tre huvudområdena ekonomi, vårdköer och kvalitet. Detta då det har funnits en del kritik gällande subventioner, onödiga vårdmöten samt kvalitetsbrister. Dessutom har det även riktats en viss kritik gentemot de privata aktörerna verksamma inom detta område. Vår studie visar att studier och den offentliga vården inte upplever några konkreta problem med digital vård. Det framkommer istället att man ser stora potentialer gentemot den ökade tillgängligheten och att kunna få vård via distans. Även om kritiken mot de privata aktörerna belystes i intervjuerna så visade resultatet att de utgör en sån liten del av den totala vården, vilket indikerade att deras påverkan är minimal på den offentliga vården.

6.3 Implikationer

Implikationerna från studien visar att för praktikerna så är iallafall den offentliga vården fortfarande i uppstartsfasen inom användningen av digital vård. Med Covid-19 så har fler inom primärvården börjat att använda sig av digitala tjänster, samtidigt antas användning av dessa tjänster också öka efter Coronapandemins slut. Det som ännu saknas är dock tydliga system och strukturer över hur kontakten med patienter ska genomföras. Detta för att alltid kunna säkerställa en hög kvalitet men även för att kunna effektivisera dessa möten ytterligare, samt att det i framtiden ska kunna bli ett mer naturligt inslag inom den offentliga vården. Gällande implikationer för beslutsfattade och regler så har det kommit vissa regler och förordningar om hur digital vård ska genomföras. Men också att detta främst gäller den offentliga vården och mer oklara regler för de privata aktörerna. Därav så behöver det tas fram tydliga regler och strukturer för alla om hur digital vård ska användas. Men också att det krävs en del forskning inom detta innan sådana beslut troligtvis kan genomföras.

6.4 Begränsningar och fortsatt forskning

Denna studiens främsta begränsning var att endast den offentliga vården som intervjuades, samt som även antalet informanter var begränsat. Detta kan både resulterat i en vinklad bild i resultatet och att generaliseringarna kanske inte är helt ackurat. Mot denna bakgrund skulle ett förslag till framtida forskning kunna vara att en större intervjustudie genomförs som inkluderar ett större antal informanter både från den offentliga och den privata sidan.

Då detta är ett relativt nytt ämne, samt att Covid-19 troligtvis kommer att påverka den fortsatta utvecklingen, så saknas det fortfarande mycket forskning kring hur digital vård bör användas. Därav skulle fortsatt forskning kunna inrikta sig både till hur den digitala vården hittills har används och identifiera nya utvecklingsområden. Dessutom även hur digital vård utvecklats under Covid-19 och hur denna utveckling kan studeras i syfte att göra digital vård till en mer naturlig del inom den offentliga vården. Avslutningsvis också vilka delar av vården som lämpar sig att genomföras digitalt och hur en effektivisering och kvalitetssäkring kan säkerställas.

7. Referenslista

Agger, B. (2004). *Speeding up Fast Capitalism: Cultures, Jobs, Families, Schools, Bodies.*, Boulder: Paradigm Pub.

Alvesson, M., & Skoldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod.*, Lund: Studentlitteratur AB.

Blomkvist, P., Halling, A., & Lindell, E. (2018). *Metod för företagsekonomer.* Lund: Studentlitteratur AB.

Nyheter ekot. (2019). Brevinge, Nina. [Nätläkare får lägre ersättning]. Producent: Maria, Hansson., Sveriges Radio, P1 14 juni.

Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Företagsekonomiska Forskningsmetoder.* Tredje upplagan, Stockholm: Liber.

Czarniawska, B. (2017): *En teori om organisering.* Tredje upplagan, Lund: Studentlitteratur

David, M., & Sutton, C. D. (2017). *Social Research. An Introduction.* London: SAGE Publications.

Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början.* Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson-Zetterquist, U. (2009). *Institutionell Teori - idéer, moden, förändring,* Malmö: Liber

Gabrielsson-Järhult, F., Areskoug-Josefsson, K. & Kammerlind, P. (2018). *Digitala vårdmöten med läkare.* [Elektronisk]. Jönköping: Jönköping academy of improvement of health and welfare. Tillgänglig:
<https://skr.se/download/18.7fa149f916d602bc17818e41/1569330667890/190923%20Digitala%20v%C3%A5rdm%C3%B6ten%20med%20l%C3%A4kare%20Rapport%20forskningsprojekt%20SKL.pdf> [4/4-2020].

Grey, C. (2017). *A very short fairly interesting and reasonably cheap book about studying organizations,* Fjärde upplagan, Kalifornien: Sage Publishing.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (2019). *Digitala vårdtjänster Förstudie inför nationell tillsyn, avdelning öst.* [Elektronisk]. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/tillsyn/prioriterade-riskomraden-2018-2020/forstudie-digitala--vardtjanster.pdf> [10/02-2020].

Internetstiftelsen. (2019). Svenskarna och Internet 2019. *Sociala medier används allt mer*. Hagberg, J., Sundstrom, M., & Egels-Zandén, N. (2016). *The digitalization of retailing: an exploratory framework*. *International Journal of Retail & Distribution Management*. Vol. 44 No. 7, pp. 694-712. Publisher: Emerald Group Publishing Limited

Lagerros, Y., Söderberg, D., Dannapfel, P., Taloyan, N., Bergman Farrokhnia, M., Amer-Wählin, I., Hvitfeldt Forsberg, H., & Hähhlund, M. (2019). *Effekter av införandet av digitala vårdmöten*. [Elektronisk]. Stockholm: Region Stockholm.
https://mb.cision.com/Public/14467/2984217/85aed5a60e5d72c8.pdf?fbclid=IwAR0_TbXV Dd9Wxgp7r22cba_-TKpdQAsp3RoC7LNvRd3T0YebQ89K0S3VMvQ [20/3-2020].

Lundwall, H. (2019). Ny studie: Patienterna nöjda med den digitala vården. [Elektronisk] *Digital*. 25 September. Tillgänglig:
<https://digital.di.se/artikel/ny-studie-patienterna-nojda-med-den-digitala-varden> [10/02-2020].

Merckx, J. (2018). Kritik mot digitala vårdgivare: "Nätläkarna dränerar vården på resurser". [Elektronisk] *Sveriges Dagblad*. 25 Mars. Tillgänglig:
<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/sormland/lakare-kritiserar-gratis-sjukvard-pa-natet> [27/1-2020].

Palen, T., Price, D., Shetterly, S., & Wallace, K. (2012). *Comparing virtual consults to traditional consults using an electronic health record: an observational case-control study*. *BMC Med Inform Decis Mak* Vol. 12, No. 65.

Pisoni, J. (2018). *Forskare riktar skarp kritik mot den digitala vården*, SVT 18 December. Tillgänglig:
<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/orebro/forskare-riktar-skarp-kritik-mot-den-digitala-varden> [10/02-2020].

Sjögreen, J., Andersson, O., & Åsberg, A. (2017). *Nätläkare - En affärsidé som skapar problem*. *Läkartidningen.se*. 24 Januari. Tillgänglig:
<https://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/01/Natlakare--en-affarside-som-skapar-problem/> [27/1-2020].

Socialstyrelsen. (2018a). *Digitala vårdtjänster riktade till patienter Kartläggning och uppföljning*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig:
<https://www.sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2018/08/martin-sparrs-presentation.pdf> [4/4-2020].

Socialstyrelsen. (2018b). *Digitala vårdtjänster Övergripande principer för vård och behandling*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf> [4/4-2020].

Svensson, F., & Almgren, J. (2018). Allt fler använder nätläkare - kostar landstinget miljoner. [Elektronisk]. *Svenska Dagbladet*. 18 Juli. Tillgänglig:

<https://www.svd.se/landstingen-tar-smallen--har-ar-deras-motdrag> [27/1-2020].

SVT. (2020). Rusning till läkarbesök i mobilen på grund av corona. [Elektronisk]. *Sveriges Television*, 24 Mars. Tillgänglig:

<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/rusning-efter-lakarbesok-i-mobilen-pa-grund-av-corona> [08/04-2020].

Valvira. (2020-02-22). *Tjänster inom hälso- och sjukvården som ges på distans*.

[Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig:

https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/privata_halso-_och_sjukvardtjanster/tjanster-inom-halso-och-sjukvarden-som-ges-pa-distans [23/4-2020].

Vården.se. (2020-03-06). *Coronaviruset - listan för dig som vill veta mer*. [Elektronisk].

Stockholm. Tillgänglig:

<https://www.varden.se/blogg/152/coronaviruset-listan-f%C3%B6r-dig-som-vill-veta-mer> [08/04-2020].

Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and methods. Fjärde upplagan. Thousand Oaks, CA: Sage.

8. Appendix 1. Intervjufrågor

1. Hur har antalet mottagningsbesök varierat under de senaste åren?

- a. Arbetar ni med digital vård? Om ja, Hur då och i vilken utsträckning?
- b. Har tillgången till vård hemifrån via digitala privata/offentliga appar påverkat antalet människor som besöker vårdcentraler?
- c. Hur har Covid-19 påverkat antalet besökare, både för de fysiska mottagningarna, samt era egen digitala vårdapplikation?

2. Hur har väntetiden förändrats?

- a. Har väntetiderna för vård inom primärvården förändrats efter introduktionen av vård via digitala applikationer?
- b. Har väntetider förändrats efter introduktion av tidsbokning online?
- c. Ser ni någon fördel eller nackdel med att besök kan göras hemifrån via videotjänster, gällande vårdköer?

3. Ekonomi

- a. Hur skiljer sig kostnaderna mellan ett digitalt vårdbesök och ett fysiskt inom primärvården?
- b. Enligt källor var vårdappar tidigare subventionerade av regionerna. Har detta haft någon påverkan på primärvårdens budget och/eller ekonomi?
- c. I och med utvecklingen av digitala tjänster även för den regionala sjukvården, har det tillkommit budget för denna investering eller har det förväntats att ingå i den befintliga?

4. Kvalitet

- a. Har det skett någon kvalitetsförändring av vården under de senaste åren som till följd av introduktion av digitala vårdappar?
- b. Har det blivit någon avlastning hos primärvården genom vårdapplikationer? (Innan och under Covid-19)
- c. Har kvaliteten på vården ökat eller minskat genom en introduktion av regionernas egna vårdappar?
- d. Vad finns det för risker gällande feldiagnostisering och felmedicinering när det kommer till besök via videosamtal?
- e. Kan det bli några kvalitetsförbättringar (genom videosamtal och appar) när det kommer till att behandla/ge vård?